

**الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية**  
**جامعة الجزائر**  
**معهد علم النفس و علوم التربية**

**الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري:**  
**استراتيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق**  
**التوافق النفسي الاجتماعي**

**رسالة ماجستير في علم النفس العيادي**

**إعداد :**

**فا/ز. إزدوق**

**إشراف :**

**الدكتور : رشيد مسيلي**

**السنة الجامعية : 1996 – 1997**

## الإهداء

إلى من منحاني حقي في العلم  
والمعرفة ، و شجعاني على ذلك ،  
بكل ما يملك من جهد وقوة :  
"والديا الكريمين" ،  
وإلى سندي القوي ، أخي الوحيد  
"جمال" :  
أهدي ثمرة هذا الجهد.

## **كلمة شكر :**

**تحية عرفان و تقدير ، الى كل من ساهم في  
إنجاز هذا البحث ، آكان من بعيد أو من  
قريب ، و على رأسهم الأستاذ المشرف :  
(د). رشيد مسيلي ، دون ان ننسى  
المشرفين على العيادة المتعددة الخدمات ،  
و على رأسهم الدكتور : ن. إزروق ، القائم  
على عملية مراقبة مرضى السكري بالعيادة  
، على كل التسهيلات التي قدمها بهدف  
إنجاز هذا البحث.**

## فهرس المحتويات :

صفحة

### الباب الأول : الجانب النظري

#### الفصل الأول : اشكالية البحث و فرضياته - الجانب الطبي

##### لمرض السكري

- 1 أولاً . المقدمة
- 4 ثانيا : الإشكالية و الفرضيات
- 9 ثالثا : الجانب الطبي لمرض السكري
- 9 (I) تعريف مرض السكري
- 10 (II) أنواع مرض السكري
- 10 (1) السكري النكرياسي
- 11 \* السكري الدسم
- 12 Diabète maigre \*\*
- 13 (2) السكري الكلوي
- 14 (3) السكري عديم المذاق
- 15 (III) آلية حدوث مرض السكري

#### الفصل الثاني : مفهوم الضغط

- 17 (I) مقدمة
- 18 (II) نبذة تاريخية حول مفهوم الضغط
- 22 (III) مفهوم الضغط عند (Selye)
- 25 (IV) تعريف (Lazarus and Folkman , 1984) للضغط



## الفصل الثالث : مفهوم التقدير المعرفي

### مقدمة

27

أولاً : مفهوم التقدير :

27

ثانياً النظرية المعرفية للضغط و المقاومة

29

(I) التقدير المعرفي في نظرية الضغط و المقاومة

30

(1) التقدير الأولي :

31

(أ) العوامل المؤثرة المتعلقة بالفرد

32

\* الاعتقادات

33

\*\* الإلتزامات

34

(ب) العوامل المتعلقة بالوضعية

37

\* ( الحداثة

38

\*\* ( القابلية للتنبؤ

38

\*\*\* ( عدم التأكد من وقوع الحدث

38

(2) التقدير الثانوي

39

(II) مكانة التقدير المعرفي في نظرية الضغط

41

## الفصل الرابع : مفهوم المقاومة

### مقدمة

43

(I) التناولات الكلاسيكية لمفهوم المقاومة

43

(1) التناول الذي قدمته البحوث التجريبية على الحيوان لمفهوم المقاومة

44

(2) تناول التحليل النفسي لمفهوم المقاومة

45

(II) التناولات الحديثة (التناول الفينومينولوجي أو الظاهراتي)

47

(III) المقاومة كسيرورة

49

(IV) الوظائف المتعددة للمقاومة

51

(1) أشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال

53

(2) أشكال المقاومة التي تركز على المشكل

54

٧) العلاقة بين وظائف المقاومة التي تركز على المشكل و وظائف المقاومة

56

التي تركز على الإنفعال

59

٧١) منابع أو مصادر المقاومة

60

١)المنابع الجسدية ( الصحة و الطاقة )

60

٢)المنابع السيكلوجية (الإعتقادات الإيجابية )

62

٣)الكفاءات و المهارات

62

أ ) مهارات حل المشكل

63

ب) المهارات الإجتماعية

63

٧١١) فعالية المقاومة

## **الفصل الخامس : دور المقاومة في التوافق السيكلوجي**

### **مع المرض المزمن عامة و مرض السكري خاصة**

مقدمة

66

١) العلاقة بين الضغط ، المقاومة ، و المرض المزمن

66

١١)أهمية نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في

69

التوافق السيكلوجي مع المرض المزمن

71

( \* دراسة ( Felton , Revenson and Hinrichsen, 1984 )

77

١١١)الضغط النفسي الإجتماعي لمرض السكري

١١١١)العوامل الشخصية التي تؤثر في الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية

79

مع مرض السكري

79

( \* دراسة ( Pollock , 1989 )

١١١١١) دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف الضغط السيكلوجي

86

و في التوافق السيكلوجي

88

( \* دراسة ( Peyrot, Mc Murry, 1992 )

## الفصل السادس : تناولات العلاج

### مقدمة

92

### (I) تناول التحليل النفسي للعلاج ( العلاج الدينامي)

93

93

(1) النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي

94

(2) أهداف العلاج في التحليل النفسي

95

(3) التقنيات المستعملة في العلاج في التحليل النفسي

95

\* التداعي الحر

95

\* التحويل

95

\* التأويل

96

(4) النماذج الحديثة في التحليل النفسي

97

### (II) تناول السلوكي

97

(1) الافتراضات التي ينطلق منها تناول السلوكي

98

(2) خصائص النموذج السلوكي العلاجية

100

(3) أهداف العلاج السلوكي

101

(4) تقنيات العلاج السلوكي

102

### (III) تناول المعرفي

103

(1) الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها تناول المعرفي

103

(2) العلاج السلوكي المعرفي

104

أ) أسس العلاج السلوكي المعرفي

105

ب) نماذج العلاج السلوكي المعرفي

106

(1) العلاج العقلي-الإنفعالي

108

أ) العملية العلاجية في العلاج العقلي-الإنفعالي

110

ب) تطبيقات العلاج العقلي-الإنفعالي

110

ج-) فعالية العلاج العقلي-الإنفعالي

111	(2) العلاج المعرفي لـ ( Beck )
113	*التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي لـ (Beck)
114	* تقنيات العلاج في النموذج المعرفي لـ (Beck)
115	* فعالية نموذج العلاج المعرفي لـ(Beck)
116	(3) نموذج حل المشكل
117	* المراحل العلاجية لنموذج حل المشكل
117	(1) مرحلة تحديد الإتجاه أو المسار الذي يأخذه المشكل
118	(2) مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته
119	(3) مرحلة تأسيس البدائل أو الحلول
120	(4) مرحلة اتخاذ القرار
121	(5) مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق

## الباب الثاني : الجانب النظري

### الفصل الأول : العينة - وسائل القياس و تصميم البحث

124	(1) العينة
124	(2) وسائل القياس
124	(أ) المقابلة العيادية
125	(ب) الإختبارات و المقاييس
125	* اختبار المقاومة
127	* سلم التقرير الذاتي للقلق
128	* معامل تقدير الذات
130	* سلم فعالية الذات
132	(3) تصميم البحث

## الفصل الثاني : طريقة إجراء البحث ، نتائج البحث ،

### و مناقشة عامة للنتائج

133 (1) طريقة إجراء البحث

134 (2) المراحل العلاجية "المتبعة"

134 (1) الحصّة العلاجية الأولى

135 (2) الحصّة العلاجية الثانية (مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته)

138 (3) الحصّة العلاجية الثالثة ( مرحلة تأسيس الحلول أو البدائل)

139 (4) الحصّة العلاجية الرابعة (مرحلة اتخاذ القرار)

140 (5) الحصّة العلاجية الخامسة (مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق)

142 (3) نتائج البحث

142 (1) الحالة رقم (1)

142 (1) تقديم الحالة

142 (2) عرض النتائج

142 أ) عرض نتائج المقابلة

144 ب) عرض نتائج الاختبارات

145 \* قبل العلاج

146 \* بعد العلاج

147 (3) التعليق على النتائج

147 أ) التعليق على نتائج المقابلة

148 ب) التعليق على نتائج الاختبارات

148 \* قبل تقديم العلاج

150 \* بعد تقديم العلاج

151 (4) مناقشة النتائج

153 II) الحالة رقم (2)

153 (1) تقديم الحالة

153 (2) عرض النتائج

153 أ) عرض نتائج المقابلة

156	ب) عرض نتائج الاختبارات
157	* قبل العلاج
158	* بعد العلاج
159	(3) التعليق على النتائج
159	أ) التعليق على نتائج المقابلة
160	ب) التعليق على نتائج تطبيق الاختبارات
160	* قبل العلاج
161	* بعد العلاج
163	(4) مناقشة النتائج
165	III ( الحالة رقم (3)
165	(1) تقديم الحالة
165	(2) عرض النتائج
165	أ) عرض نتائج المقابلة
168	ب) عرض نتائج الاختبارات
169	* قبل تقديم العلاج
170	* بعد تقديم العلاج
171	(3) التعليق على النتائج
171	أ) التعليق على نتائج المقابلة
173	ب) التعليق على نتائج الاختبارات
173	* قبل العلاج
174	* بعد العلاج
175	(4) مناقشة النتائج
178	IV ( الحالة رقم (4)
178	(1) تقديم الحالة
178	(2) عرض النتائج
178	أ) عرض نتائج المقابلة
180	ب) عرض نتائج الاختبارات
181	* قبل العلاج
182	* بعد العلاج

183	(3) التعليق على النتائج
183	(أ) التعليق على نتائج المقابلة
184	(ب) التعليق على نتائج الاختبارات
184	* قبل العلاج
184	* بعد العلاج
185	4 مناقشة النتائج
187	(٧) الحالة رقم (5)
187	(1) تقديم الحالة
187	(2) عرض النتائج
187	(أ) عرض نتائج المقابلة
189	(ب) عرض نتائج الاختبارات
189	* قبل العلاج
190	* بعد العلاج
191	(3) التعليق على النتائج
191	(أ) التعليق على نتائج المقابلة
192	(ب) التعليق على نتائج الاختبارات
192	* قبل العلاج
192	* بعد العلاج
193	4 مناقشة النتائج
195	(٧١) الحالة رقم (6)
195	(1) تقديم الحالة
195	(2) عرض النتائج
196	(أ) عرض نتائج المقابلة
198	(ب) عرض نتائج الاختبارات
198	* قبل العلاج
190	* بعد العلاج
200	(3) التعليق على النتائج
200	(أ) التعليق على نتائج المقابلة

202	ب) التعليق على نتائج الاختبارات
202	*قبل العلاج
202	*بعد العلاج
203	4 ( مناقشة النتائج
205	VII الحالة رقم (7)
205	1 تقديم الحالة
205	2) عرض النتائج
206	أ) عرض نتائج المقابلة
208	ب) عرض نتائج الاختبارات
209	3) التعليق على النتائج
209	أ) (التعليق على نتائج المقابلة
210	ب) (التعليق على نتائج الاختبارات
211	4 مناقشة النتائج
213	4 ( مناقشة عامة لنتائج البحث
223	الخاتمة
226	الإقتراحات
227	المراجع
242	الملحقات



## أولا : المقدمة

داء السكري (Diabetes) مرض عضوي مزمن ، واسع الانتشار ، بين مختلف الفئات العمرية في مجتمعنا . يتميز بارتفاع مستوى السكر في الدم ، كعرض إكلينيكي أساسي . و كما لا يخفى ، فإن هذا المرض يتطلب نظاما علاجيا صارما ، تتوقف فعاليته على مدى التزام المريض اتجاها التعليمات العلاجية المفروضة عليه من جهة ، و على مدى إدراكه و وعيه بأهمية تلك التعليمات من جهة أخرى . كما أن عملية الالتزام و المواظبة على العلاج ذاتها ، تتطلب احترام سلم مكثف من المسؤوليات الطيبة من طرف المريض . تتجسد هذه و مرضه على حد السواء ، كضبط نسبة السكر في الدم ، و تعاطي حقن الأنسولين و ممارسة تمارين الرياضة الخاصة ، بصفة مستمرة و منتظمة ، و هو الشيء الذي يمكن أن يقود إلى شعور المريض بالضغط النفسي ، و بالصعوبة في مسايرة المرض و متطلباته . و عليه ، يمكننا القول أن سبب السكري ، بشكل وضعية ضاغطة ، من المحتمل أن تنحصر عنها صعوبات سيكولوجية . ( كالشعور بالقلق ، و سرعة الغضب ، و التقدير المنخفض للذات بدافع من الإحساس بالعجز و قلة الفعالية ) . بالإضافة إلى المشكلات الجسدية التي يسببها ، الأمر الذي يجعل أن يعرقل عملية التوافق السيكولوجي مع تلك الوضعية الضاغطة المزمنة .

و في هذا الشأن يرى ( Zarit.z.H , 1980 ) أن الضغط الذي مصدره الأمراض المزمنة ، يمكن أن يعمل في ظهور تدهورات على مستوى الصحة ، و أن أثر هذه التدهورات على التوافق السيكولوجي يمكن أن يكون عميقا .

كما توصل كل من ( Tamow & Silverman , 1981-1982 ) ، إلى أن الضغط الناتج عن رعاية المريض بمرض السكري ، يمكن أن يؤثر على عملية تنظيم الأيض (metabolic control) . و نفس الأمر المرض بصفة عامة ، فيجعل التعامل معه ، و مع ما يفرضه من وضعية صعبة ، أمرا شاقا على المريض ، و يمنعهم من تحقيق توافق سيكولوجي معه . إذ نجد من المصابين من يتوصل إلى تحقيق مستوى من التوافق السيكولوجي مع المرض ، من خلال طريقة تعامل خاصة مع الضغط الذي يشعرون به تحت هذه الوضعية من المرض ، في حين يعجز البعض الآخر عن إيجاد طريقة ملائمة للتعامل مع ذلك الضغط .

ومن هذا المنطلق ، جاءت فكرة تصميم هذا البحث الذي يهدف إلى إبراز أثر وضعية الإصابة  
بالسكري كوضعية ضغط نفسي اجتماعي (عما تحمله من ظروف إكلينيكية خاصة) على المصابين به ،  
و إلى الكشف أيضا عن الكيفيات و الأساليب المختلفة التي يتعامل بها هؤلاء مع مرضهم ، بغرض مقاومة  
ذلك الضغط الذي يشعرون به . و إذا علمنا أن التفاوت في درجة أو في مستوى التوافق السيكولوجي  
مع الضغط النفسي الاجتماعي الذي ينشأ عن الإصابة بالسكري ، بين مختلف المصابين به ، يرجع إلى  
كيفية التي يعالج بها هؤلاء ذلك الضغط ، فإننا نعتقد بضرورة وجود تكفل نفسي بالمصابين بالسكري  
كجزء أساسي في خطة العلاج المطبقة عليهم و ذلك بغرض الرفع من فعالية العلاج الطبي المقدم لهم .  
و لتحسين مستجابتهم لذلك العلاج ، من خلال مساعدتهم على تجاوز الضغط السيكولوجي الذي  
يشعرون به . من خلال تمكينهم من إيجاد طريقة أكثر ملائمة و تكيفا في التعامل مع هذا المرض ، و هو  
ما يهدف إليه هذا البحث .

و لتتطرق لكل هذه الجوانب ، قسمنا بحثنا إلى جزئين كبيرين ، جزء نظري ، و آخر تطبيقي ،  
و قد تضمن الجزء النظري ستة (06) فصول ، بينما تضمن الجزء التطبيقي فصلين اثنين .

و قد تطرقنا في الفصل الأول من الجانب النظري إلى طرح الإشكالية و الفرضيات بعد عرضنا  
للمسألة التي نبحث . ثم نقلنا بعد ذلك إلى الحديث عن الجانب الطبي لمرض السكري . تعريفه ، أنواعه ،  
و آليات حدوثه . أما الفصل الثاني فقد خصصناه للحديث عن مفهوم "الضغط" كمتغير أساسي أول من  
تعتبر هذه الدراسة . و خصصنا الفصل الثالث ، للمتغير الثاني ، "التقدير المعرفي" ، فتحدثنا عن  
مفهوم التقدير أولا . ثم عن النظرية المعرفية للضغط و المقاومة التي يخصص فيها التقدير المعرفي باهتمام كبير .  
أما الفصل الرابع فقد خصصناه لمفهوم المقاومة ، المتغير الثالث في هذه الدراسة . و قد تعرضنا إلى أهم  
تساؤلات خاصة بهذا المفهوم الكلاسيكية منها والحديثة . كما تحدثنا في هذا الفصل أيضا عن المقاومة  
الضرورية . عن وظائف المقاومة المتعددة و العلاقة بينها ، و عن مصادر المقاومة . و فعاليتها .

و في الفصل الخامس من الجانب النظري ، تحدثنا عن دور المقاومة في التوافق السيكولوجي مع مرض الداء عامة ، و مع مرض السكري خاصة . أما الفصل السادس و الأخير ، فقد خصصناه لعرض أهم تناولات العلاج ، أهدافها و تقنياتها العلاجية و الافتراضات التي تقوم عليها . كناول التحليل النفسي لعلاج ، التناول السلوكي ، و التناول المعرفي .

أما الجزء التطبيقي من الدراسة فإنه يحتوي على فصلين اثنين ، خصصا لعرض المنهجية المتبعة (أهمها : الوسائل التقنية المستعملة ، تصميم البحث و النموذج العلاجي المطبق و مراحله ) ، الحالات المتروكة حالة بعد حالة بكل الخطوات المتبعة (تقديم الحالة ، عرض النتائج ، التعليق عليها و مناقشتها) ثم ماقبلة عامة لكل نتائج البحث ، فالخاتمة و الإقتراحات .

و تحتوي الرسالة على جزء خاص بالملحقات فيه عرض لكل الوسائل التقنية المستعملة بما فيها دليل مقابله دون أن ننسى طبعا الجزء الخاص بالمراجع التي استفيد منها في هذه الدراسة .

## ثانيا : الإشكالية و الفرضيات :

يعد داء السكري (Diabetes) واحدا من أكثر الأمراض انتشارا وحدة بين الناس (La porte & Tajima . 1985) إذ قدرت نسبة الإصابة به بين 1 و 3 %، و هي نسبة في تزايد مستمر في العديد من نقاط العالم (Slonska.Z . 1986) . كما أنه مرض عضال يمكن أن يدوم مدى الحياة ، و هو بذلك يتطلب علاجا صارما ، و حمية متعددة المظاهر (Multifaced diatory) لمحاولة المحافظة على توازن نسبة السكر في الدم ، أو كما يعبر عنه طبييا بعملية ضبط الأيض (Metabolic Control)

بالإضافة إلى هذا ، فإن لمرض السكري تعقيدات و مضاعفات حدية و خطيرة على مستوى معظم الأجهزة الداخلية ، و التي نذكر من بينها ، ( الإضطرابات القلبية ، البصرية ، و الكلوية )

و إلى جانب هذه المشاكل الصحية التي يطرحها مرض السكري ، فإننا نراه يشكل أيضا وضعية ضغط (Stress) صعبة ، تنعكس على نمط حياة المصابين به . و قد أكد هذا الأمر ما توصلت إليه دراسة (Slonska.Z . 1986) من نتائج ، و التي تم عرضها في مقال (Lignowska . I . 1989) ، إذ بينت هذه النتائج ، أن الإصابة بداء السكري ، تشكل وضعية ضغط على المصابين به ، فتؤثر على مواقفهم و سلوكياتهم اليومية ، و تضعهم موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل اليومي مع ظروف الحياة ، و مع مواقفها المختلفة . كما بينت هذه النتائج أيضا أن لمرض السكري مضاعفات على المستوى النفسي . تتمثل في ( القلق ، سرعة الغضب ، التقدير الواطي للذات ، و اتخاذ المرض كحجة في التعامل مع مواقف الحياة) . و لهذا السبب ، فإن الإهتمام بالبحث حول مرض السكري لم يقتصر على الجانب الطبي البحت ، بل امتد أيضا إلى دراسة المتغيرات المحيطية (Contextual variables) المرتبطة بهذا المرض ، لإبراز أثره على النشاط النفسي الاجتماعي للمصابين به .

و في هذا الشأن ، و قصد الكشف عن مدى معاناة المصابين بداء السكري ، من الصعوبات النفسية الاجتماعية، صممت دراسة في ( 1981 ) حيث طبق استبيان على عينة تتكون من (343) مصاب ، في عيادات بولونية ، تتراوح أعمارهم بين 42 و 55 سنة ، و تبين من خلال تحليل الاستبيان أن المشاكل التي تعاني منها هذه الفئة ، أثناء قيامها بنشاطاتها الاجتماعية ، تزداد كلما ارتفعت أو تضاعفت المسؤوليات العلاجية لديها ، و كلما ارتفعت درجة الضغط (stress) المرتبط بالظروف الإكلينيكية لهذا المرض . (Cited in Lignowsaz.I , 1989) .

و في دراسة أخرى أقامها الباحث (Armstrong , 1987) حول الضغط النفسي الاجتماعي لمرض السكري ، على عينة من المصابين به ، تبين أن التعامل الذاتي (self-management) لأفراد هذه العينة مع مرضهم يشكل مصدرا لضغط نفسي معتبر بالنسبة لهم .

و على ذكر مصطلح "الضغط (stress)" ، نشير إلى أن المصابين بأمراض مزمنة ، يعانون عادة من الضغط النفسي ، حتى و إن اختلفت استجاباتهم التفاعلية مع المرض و متطلبات العلاج ، و هو الأمر الذي يؤكد (Lazarus , 1981) صاحب نظرية الضغط و المقاومة (stress and coping paradigm) ، إذ يرى في هذا السياق، أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بإزاء المرض ، حيث أن البعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المرض على عكس البعض الآخر ، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في مدى التوافق النفسي مع المرض بين المصابين به . هذا الاختلاف في التوافق النفسي (psychological adjustment) مع المرض ، مرتبط بشكل كبير حسب (Lazarus) بخصوصية الإستجابة للضغط الذي يكون المرض مصدرا له . فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية ، و هناك من لا يتقبلها بتلك الصفة ، انطلاقا من عدة متغيرات ، تختلف من شخص لآخر ، و التي نذكر من بينها ، الموقف من المرض ، و تصور المريض لمرضه ، أو بعبارة أدق ، تقديره لوضعية المرض التي هو عليها .

هذه المتغيرات ذات أهمية قصوى في نظري (Lazarus) ، لكونها هي المسؤولة عن تحديد الطريقة التي يتعامل بها المريض مع مرضه ، و يواجه بها وضعية الضغط الناتجة عن ذلك المرض ، و هو ما يعبر عنه (Lazarus) بمصطلح المقاومة . (Coping) .

و لقد بين كل من (Cohen and Lazarus, 1979) و (Lazarus and Folkman, 1984) أن عملية المقاومة كسلوك ، تحتل موقعا مركزيا أو وسطيا في عملية التكيف مع المرض المزمن بصفة عامة ، و مع مرض السكري بصفة خاصة . كما أن دراسة (Cohen and Lazarus , 1979) في هذا الشأن بينت أن هناك نماذج مختلفة و متعددة من الأساليب التي تندرج تحت عملية المقاومة ضد المرض ، و تعرف هذه الأساليب باسم استراتيجيات المقاومة (Coping strategies) ، و قد قدمت هذه الدراسة وصفا شاملا لنماذج هذه الإستراتيجيات ، كما توصلت إلى أن الجهود التي يبذلها الفرد في عملية المقاومة تعمل على توفير الإرتياح الإنفعالي له ، و تؤمن له تكيفا معينا مع المرض .

و في هذا الخصوص ، يوضح (Lazarus , 1981) أن عملية المقاومة ، لا يمكن أن تجري إلا في إطار عملية التقدير المعرفي (Cognitive appraisal) ، ذلك لأن الفرد تحت وضعية الضغط ، يقوم بسلسلة من العمليات المعرفية قبل الوصول إلى مرحلة الدخول في الفعل (put in action) لمواجهة تلك الوضعية من الضغط . و تجدر الإشارة هنا إلى أن نوع الإستراتيجيات المستخدم في المقاومة ضد المرض يتوقف على عملية التقدير المعرفي .

و قصد الكشف عن المتغيرات التي من المحتمل أن تؤثر في الإستجابات التكيفية مع مرض السكري ، قامت الباحثة (pollock , 1989) بدراسة توصلت فيها إلى تحديد هذه المتغيرات أو العوامل ، و هي : تقدير الضغط (stress appraisal) ، القدرة الشديدة على التحمل (hardiness) و التكيف الفيزيولوجي مع المرض (physiological adaptation) ، و قد حاولت الباحثة من خلال هذه الدراسة الكشف عن طبيعة العلاقة بين هذه العوامل الثلاثة، فوجدت بأن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين أغلب هذه العوامل فيما بينها ، كما توصلت أيضا إلى أن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض

(تقدير الضغط) و الطريقة التي يعالج بها تلك الوضعية (أساليب المقاومة) هما متغيران على مستوى كبير من الأهمية فيما يخص التنبؤ بمدى التكيف مع المرض المزمن ، و مدى الاستجابة الفيزيولوجية للعلاج المقدم للمرضى .

و في دراسة أخرى للباحثين (Peyrot , Mc Murry , 1992) ، أقيمت على مجموعة من المصابين بمرض السكري ، حول دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف مستوى الضغط النفسي ، افترض فيها أن العلاقة بين الضغط و عملية تنظيم الأيض (metabolic control) ، تتوقف على استراتيجيات المقاومة الفردية (Individual's coping strategies) المستعملة في مواجهة الضغط ، تم التوصل إلى أن المستويات العالية من الضغط ، مرتبطة بالنسب المرتفعة لمعدل السكر في الدم ، لدى الأفراد الذين تصف أساليب المقاومة لديهم بعدم الفاعلية في مواجهة الضغط ، و أن الأفراد الذين يتميزون بأساليب مقاومة أكثر فاعلية في مواجهة الضغط ، لا تتأثر عملية مراقبة نسبة السكر في الدم لديهم بمستوى الضغط النفسي الناجم عن إصابتهم بالسكري .

إنطلاقاً من كل المعطيات السابقة ، و اعتماداً على نموذج (Lazarus) الخاص بالمقاومة و الضغط في الأمراض العضوية المزمنة ، و استناداً إلى نتائج الدراسات و البحوث المذكورة آنفاً ، و التي أكدت أن الإصابة بمرض السكري ، تشكل مصدر ضغط نفسي اجتماعي ، يفرض التعامل معه ، استعمال استراتيجيات مختلفة من المقاومة ، فإننا نتساءل :

- ما هي أنواع الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأشخاص المصابين بمرض السكري في عملية مقاومتهم ضد الضغط النفسي الاجتماعي الذي يشعرون به من جراء وجودهم تحت وضعية الإصابة بالمرض؟ و هل توفر لهم هذه الاستراتيجيات حالة من التوافق النفسي مع المرض ، و تمكنهم من تجاوز وضعية الضغط النفسي الاجتماعي الذي يشعرون به بفعل الإصابة بمرض السكري؟

- إذا كان هذا المرض المزمن ، يشكل وضعية ضغط صعبة مولدة لمشكلات نفسية و اجتماعية ، بالإضافة إلى المشاكل الجسدية ، و بالرجوع إلى نموذج ("الإستعداد - ضغط") في تناول المرض (Diathesis- stress model of illness) الذي لا يؤمن بفكرة النظر إلى المرض العضوي من زاوية واحدة ، بل يرى أو يعتقد بضرورة الأخذ بعين الاعتبار في تناول المرض ، العوامل المحيطية و الاجتماعية للفرد ، بما في ذلك النمط المعيشي . نعتقد أن المصاب بمرض السكري في حاجة إلى كفالة نفسية ممكنة من تجاوز وضعية الضغط التي يفرضها عليه المرض ، و توفر له فرصا أكبر للإستجابة للعلاج الطبي المقدم له ، و عليه فإن السؤال مطروح أيضا حول أهمية و حدود هذه الكفالة النفسية ، التي نقترح أن تكون في إطار النموذج السلوكي المعرفي ، و استنادا إلى النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . فهل بإمكان النموذج السلوكي المعرفي الوصول إلى نتائج إكلينيكية فعالة في التخفيف من حدة الضغط الذي يكون مرض السكري مصدرا له ، و في مساعدة المصابين به على الإستجابة الفعلية للعلاج الطبي المقدم لهم ؟ .

- نفترض في هذه الدراسة ، وجود علاقة بين أنواع استراتيجيات المقاومة المستعملة في التعامل مع وضعية المرض ، و بين مستوى الضغط النفسي الذي يعاني منه المصابون بالسكري .

- كما نفترض أيضا أهمية الدعم النفسي في إطار النموذج السلوكي المعرفي ، بالتركيز على تقديم تقديرات بديلة (Alternative appraisals) لتلك التي يديها المصابون بالسكري بشأن وضعية المرض ، و التي تقف وراء عملية استعمالهم لنوع معين من الإستراتيجيات في المقاومة . الأمر الذي يمكن أن يقود إلى تعديل في نوع الإستراتيجيات المستعملة ، من إستراتيجيات أقل فعالية إلى أخرى أكثر فعالية و هو الأمر الذي يقود حسب اعتقادنا أيضا إلى التخفيف من حدة الضغط الذي تشكله وضعية المرض ، و إلى تجاوز الصعوبات النفسية و الاجتماعية المصاحبة لذلك (كالقلق ، و الشعور بقلّة فعالية الدات و تقديرها تقديرا منخفضا) . الشيء الذي يؤدي بدوره إلى حالة التوافق السيكولوجي مع المرض . و هو ما يهدف إليه هذا البحث بالدرجة الأولى .



### ثالثا : الجانب الطبي لمرض السكري :

سنتناول في هذا الباب الخناص بالحديث عن الجانب الطبي لمرض السكري ، تعريف مرض السكري ، أنواعه ، و العلامات الإكلينيكية و المضاعفات و العلاج الخاص بكل نوع من أنواع السكري ، لنختم هذا الفصل بفقرة نشرح فيها آلية حدوث مرض السكري . علما بأن عرضنا لهذا الجانب ، سيكون مختصرا و بأسلوب مبسط في سرد المعلومات الطبية الخاصة بمرض السكري و ذلك ليسهل فهمها و استيعابها .

#### (1) تعريف مرض السكري :

ما يعرف عامة عن مرض السكري (Diabetes) ، هو أنه مرض يرتبط بوجود اضطراب أو خلل في عملية استهلاك العضوية (organism) للغليسدات (glucides) و الذي يترجم عادة بتسرب زائد عن الحاجة و بشكل متواصل لمادة السكر أو الجلوكوز (Glucose) في الدم ، و لكن التعريف العلمي و الطبي لمرض السكري ، يحدد هذا المرض بشكل أكثر دقة ، فيعرفه على أنه " مصطلح عام يشمل عدة أمراض تشترك فيما بينها في ارتفاع حجم البول ، مع تسرب مادة كيميائية عضوية غالبا ما تكون السكر ". (Domart, Bourneuf. 1985, p.296).

كما ورد في هذا التعريف ، فإن مصطلح مرض السكري ، يضم عدة أمراض تصنف في أربعة (4) أنواع ، منها ما هو أكثر شيوعا من البعض الآخر. و سنعرض فيما يلي ، كل نوع من هذه الأنواع الأربعة ، بخصائصه المرضية ، و أعراضه الإكلينيكية و المضاعفات المصاحبة له ، و العلاج الخاص به . مبيين في ذلك الاختلاف الموجود بين كل نوع و آخر ، وذلك بشكل مبسط و مختصر يسهل استيعابه .

## (II) أنواع مرض السكري :

### (1) السكري البنكرياسي (Diabète sucré pancréatique) :

عندما نتكلم عن مرض السكري في العادة ، فاننا نقصد في أغلب الأحيان هذا النوع من أنواع مرض السكري ، الذي يتميز باضطراب واضح في امتصاص الخلايا للغليسدات " (Glucides) إذ نلاحظ في هذا النوع ، وجود مادة (glucose) - وهي مادة سكرية - في البول ، من جهة ، وارتفاع في نسبة هذه المادة ذاتها في الدم من جهة ثانية .

إن وجود مادة الغلوكوز في البول (glucosurie) ما هي في الواقع إلا نتيجة لارتفاع نسبة المادة نفسها في الدم (hyperglycémie) . كما أن هذا الارتفاع لنسبة الغلوكوز في الدم هو الخاصية أو الميزة الأساسية التي تحدد بشكل أفضل هذا النوع من أمراض السكري ، (و المسمى بالسكري البنكرياسي) عن باقي الأنواع الأخرى ، و التي تتميز هي الأخرى بوجود مادة الغلوكوز في البول ، مع عدم ارتفاع نسبته في الدم (glucosurie sans hyperglycémie) ،

و ينتج السكري البنكرياسي ، عن اضطراب في استعمال الغلوكوز على مستوى الخلية ، كما يمكن أن تسببه إصابة على مستوى الدماغ ، و بالضغط على مستوى البطين الرابع (4<sup>me</sup> Ventricule) أو النشاط المفرط للغدة النخامية (Hyperactivité Hypophysaire) أو للغدة الدرقية (Hyperthyroïdie) أو في القشرة اللحائية للغدة الكظرية (Hypercorticisme Surrenal).

و كل هذه العوامل ، (سواء كانت إصابة عصبية ، أو نشاط مفرط في الغدد السابقة الذكر) يؤدي إلى خلل في إفراز البنكرياس لمادة الأنسولين (الهرمون المسؤول عن تنظيم أو تعديل نسبة السكر في الدم (glycémie) (Domart, Bourneuf. 1985).

"و يشمل السكري البنكرياسي ، هو الآخر نوعين من الأمراض ، و ذلك طبقا لحالة الأنسولين التي ، إما أن تكون غائبة تماما (بفعل عدم قدرة البنكرياس على إفرازها ) ، و إما أن يكون الخلل في عمل هذه المادة نفسها ، و النوعان هما :

### \*\* السكري الدسم (Diabète gras) :-

يتميز هذا النوع من السكري البنكرياسي بانخفاض قدرة العضوية على تحويل السكريات أو الكربوهيدرات (Les sucres ou les hydrates de carbonés) في عملية الأيض (metabolic control) ، و يصيب هذا النوع من 3-4% من المصابين بالسكري . كما أنه يظهر عادة بعد سن الأربعين ، و بصفة أكثر ، لدى الأشخاص الذين يعانون من سمنة مفرطة (les obèses) والأشخاص ذوي الاستعداد الوراثي .

#### أ ( العلامات الإكلينيكية :

تتمثل العلامات الإكلينيكية لهذا النوع من السكري البنكرياسي في كثرة التبول (polyurie) ، الإحساس بالعطش الشديد (polydipsie) و في ظهور بعض الإصابات الناتجة عن التهابات متمركزة في أغلب الأحيان في الأعضاء التناسلية أو في المناطق التي يكثر فيها إفراز العرق . و تعرف هذه الإصابات الجلدية باسم (diabetides) هذه الأعراض الإكلينيكية ، غالبا ما لا تكون ظاهرة بوضوح ، و بذلك فإن الكشف عنها ،، يتم عن طريق فحوصات بيولوجية أساسية هي :

الكشف عن نسبة السكر في الدم (glycémie) ، و الكشف عن وجود السكر في البول (glucosurie) مع العلم أن النسبة العادية لتواجد السكر في الدم في حالة الصوم ، تتراوح بين (0,70 و 1,10 غ/ل) فإن زادت عن (1,30 غ / ل) ذلك على وجود المرض.

## ب) المضاعفات :

تمس مضاعفات هذا المرض عدة أعضاء في العضوية ، كجهاز الرؤية والجهاز العصبي ، و الكلى. إذ يمكن للمصاب ، مع قدم الإصابة ، و تحت الظروف المصاحبة لهذا المرض ، أن يفقد بصره ، كما يمكن له أن يعاني من اضطرابات على مستوى الكلى ، بفعل التهابات المسالك البولية التي يسببها تسرب السكر في البول ، و يمكن أن تتطور إلى حد العجز الكلوي . و هناك أيضا إلى جانب ذلك ، الالتهابات الجلدية ، و الارتفاع في مستوى ضغط الدم .

## ج) العلاج :

تعتبر الحمية المتمثلة في اتباع نظام غذائي محدد، يقتصر على عنصر الكربوهيدرات (hydrates de carbone) أفضل وسيلة يمكن بها الحفاظ على التوازن الغليسيدي ، أو ما يسمى بـ (Equilibre glucidique) ، و لضمان نجاح هذه الحمية ، ينصح المصابون باحترام النوعية و الكمية ، و كذا التوقيت في النظام الغذائي المتبع ، و ذلك بهدف ضمان الحصول على قدرة حرارية مناسبة ، تسمح للعضوية بالابقاء على التوازن الأيضي للمركبات العضوية التي يحويها الغذاء

## : (Insulinoprive) Diabète maigre\*\*\*

يتميز هذا النوع من أنواع مرض السكري البنكرياسي ، بغياب الأنسولين (الهرمون الوحيد المسؤول عن تخفيض أو تعديل نسبة السكر في الدم) ، أو بعجز البنكرياس عن إفراز مادة الأنسولين . و يصيب هذا المرض الأطفال و المراهقين ، كما أنه يتنقل بفعل العامل الوراثي .

## أ) الأعراض الإكلينيكية :

تتمثل الأعراض الإكلينيكية لهذا النوع بنقص شديد في الوزن (Amaigrissement) مصحوب بالعطش الشديد و بكثرة التبول (polydipsie et polyurie) ، و بظهور مركبات و مواد عضوية في البول ، تعرف طبيا باسم (l'acétone).

## ب) المضاعفات :

من أهم المضاعفات التي يمكن أن يحدثها مرض السكري من هذا النوع ، نجد الإصابة على مستوى الكلى ، و حالة الغيبوبة السكرية (coma diabetique) ، و التي تتميز بارتفاع مفرط في نسبة السكر في الدم (hyperglycémie) ، و بالهبوط الحاد في ضغط الدم ، و لهذا فإن هذا النوع الخطير من المضاعفات (الغيبوبة السكرية) ، و التي تظهر غالبا في حالات التعرض إلى الصدمات و الظروف المحيطية الطاغية تتطلب تقديم إسعافات أولية مستعجلة ، و ضرورة لتجاوز حالة التسيخ أو الغيبوبة (Coma) .

## ج) العلاج :

يرتكز العلاج في حالة (Diabète maigre) على أخذ الأنسولين في شكل حقن عضلية ، إلى جانب اتباع نظام غذائي محدد متوازن يشمل كمية مضاعفة من البروتينات لضمان النمو الحسن ما دام هذا المرض ، يصيب الأطفال و المراهقين ، و يعرضهم لحالة النقص الشديد في الوزن .

## 2) السكري الكلوي (Diabète rénal)

ليس لهذا النوع من أنواع السكري أية علاقة بالنوع السابق المسمى بالسكري البنكرياسي . بحيث يتميز بوجود مادة السكر في البول أو ما يعرف بـ (glucosurie) ، دون ارتفاع في مستوى السكر في الدم (glycémie) . و يتعلق الأمر هنا بإصابة وراثية عائلية لا غير ، تؤدي إلى عجز الكلى عن امتصاص مادة السكر أو الغلوكوز بشكل عادي . و لهذا فإن هذا النوع من أمراض السكري ، يمكن أن يكون مصحوبا بإصابة على مستوى الكلى ، يحتمل أن تكون ذات مصدر تسممي (d'origine toxique)

ناتج عن وجود السكر في البول

### 13) السكري عديم الطعم أو المذاق (Diabete insipide) :-

يختلف هذا المرض تماما عن النوعين السابقين (البنكرياسي و الكلوي) ، فهو مرض يمس عملية الأيض (maladie metabolique) ، المتسبب الرئيسي فيه هو عجز أو خلل في الهرمون المضاد لإدرار البول (Antidiuretique) الذي تفرزه الغدة النخامية (Hypophyse) .

#### أ ) الأعراض الإكلينيكية :

إن الخلل في الهرمون المضاد لإدرار البول ، يؤدي إلى ارتفاع كبير في حجم البول ، مما يؤدي إلى الحاجة المتكررة للتبول (10 - 15 ل في اليوم) ، و كنتيجة لذلك ، فإن الفرد في هذه الحالة ، يشعر بعطش شديد ، كما أنه معرض للإصابة بالجفاف (deshydratation) إذا امتنع عن الشرب ، أو إذا أنقص من كمية المشروبات التي يتناولها ، اعتقادا منه بأن ذلك ربما يخفف من حاجته المتكررة إلى التبول .

ولا يمكننا التحدث في هذا المرض عن اضطراب أو خلل في نسبة السكر في الدم (glycemie) ، فهي نسبة طبيعية ، كما أن بول المصابين به لا يحتوي على مادة الغلوكوز ، فهو خال من المذاق الحلو ، و لهذا السبب سمي هذا النوع من أمراض السكري ، بعديم المذاق (Insipide) .

#### ب ) المضاعفات :

من بين المضاعفات التي نجدها في السكري عديم المذاق (Diabete insipide) ، الشعور بالإعياء أو ما يسمى بالإرهاك النفسي (Asthenie) ، نحافة الجسم ، و آلام الرأس أو الصداع .

#### جـ) العلاج :

علاج هذا المرض صعب ، و هو يختلف حسب المصدر أو السبب الذي أدى إلى حدوث العجز أو الخلل في الغدة النخامية ، فقد يرجع السبب إلى وجود أورام في الهيبوتالاموس (hypothalamus) ، أو ناتج عن التعرض إلى صدمة دماغية" , (Domart, Bourneuf. 1985, p.296-299).

- يمكننا القول (كملاحظة فيما يخص الأنواع الثلاثة لمرض السكري ) أن النوع الأول و المسمى بالسكري البنكرياسي ، و خاصة النوع الثاني منه و المسمى بـ (Diabete maigre) ، هو أكثر الأنواع خطورة في أمراض السكري ، إذ يؤدي بصاحبه إلى الموت في حالة غياب العلاج المتمثل أساسا في أخذ حقن الأنسولين ، و لكونه يتميز أيضا بوجود مضاعفات خطيرة ، أقصاها حالة الغيبوبة السكرية (Coma diabetique) لكن هذا لا ينفي وجود خطورة فيما يخص النوعين الآخرين (الكلوي و عديم المذاق) ، إلا أنها أقل أهمية من خطورة النوع المسمى بالسكري البنكرياسي .

- بعد التعريف بأنواع السكري ، و التعرض إلى الأعراض الإكلينيكية و المضاعفات و العلاج الخاص بكل نوع منها . نختم ، بفقرة ، نتعرف فيها على آلية حدوث الإصابة بالسكري .

### (III) آلية حدوث مرض السكري -

يمكن شرح مرض السكري بالصيغة التالية في شكلها المبسط:

"بسبب وجود عجز في قدرة استهلاك الخلية لمادة الغلوكوز (مادة سكرية) ، يتدخل الجهاز الخاص بتنظيم نسبة السكر أو ما يسمى بـ (systeme de glycoregulation) ، ليخلص الخلية من الغلوكوز الفائض الذي عجزت عن امتصاصه ، و ذلك بأن يسمح بمرور الكمية الزائدة من السكر إلى الدم ، فترتفع نسبة السكر في الدم ، و تفوق النسبة الطبيعية التي تقدر بـ 1 غ/ل ، كما أن هذه النسبة المرتفعة من السكر في الدم ، تتجاوز قدرة الكلى على التحكم في تنظيمها (أثناء عملية تصفية الدم) ، و لهذا تسرب بعض الغرامات من السكر لتخرج مع البول . و حتى تستطيع الكلى القضاء على السكر أو الغلوكوز الزائد الذي يصل إليها باستمرار عن طريق الدم (و طرحه عن طريق البول) ، فإنها تضطر إلى رفع حجم البول ، وهو الشيء الذي يفسر كثرة التبول عند المصابين بالسكري ، و الإحساس بالعطش الشديد أو الشراب المتواصل لتعويض الماء المفقود .

و نظرا لنقص استعمال العضوية لعنصر الغلوكوز (glucose) فإنها تضطر لإستعمال عناصر الليبيدات و البروتينات (les lipides et les protides) وتحولها إلى غليسدات (glucides) كمصدر للطاقة ، بدلا من الغلوكوز ، مع العلم بأن الطاقة التي تحصل عليها العضوية من وراء استعمالها للغلوكوز أكبر من تلك التي تحصل عليها عن طريق استعمال الليبيدات و البروتينات ، و هو ما يفسر حالة النحافة أو الضعف الجسمي الذي يتميز به المصاب بالسكري "(Domart, Bourneuf. 1985). هذه باختصار ، الجوانب الطبية لمرض السكري ، و سنحاول فيما يأتي من فصول ، بحث المفاهيم المرتبطة بوضعية الإصابة بهذا المرض من جانبها النفسي الإجتماعي و ذلك في إطار النظرية المعرفية للضغط و المقاومة .



# الفصل الثاني

## " مفهوم الخط "

## (I) مقدمة :

أظهرت العلوم الطبية ميلا واضحا لاستخدام مفهوم الضغط (stress) للإستعانة به في تفسير الإضطرابات العضوية ، و بالأخص في العشرية الأخيرة ، إذ برزت إلى الوجود عدة مجالات ذات طابع طبي ، خصصت للبحث في آثار الضغط على الصحة ، كمجلة (stress and Health , 1984) مثلا. كما أن البحث في آثار الضغط على الصحة أخذ طابعا أكثر دقة و خصوصية ، إذ انفرد كل فرع من الفروع في الطب ، بالبحث في هذا المجال ، كل حسب موضوعه. ففي ميدان الطب السيكياتري (psychiatry) قام كل من (Granboulan V . , Mercuel A. , 1987) بحثا حول علاقة الضغط بالإكتئاب عنوانه (stress et depression) : و في الطب السيكوسوماتي (psychosomatics) ، قدم الباحث (De Bulter J. , 1985) دراسة بعنوان " لماذا و كيف تنشأ الإضطرابات السيكوسوماتية؟ (Pourquoi et comment surviennent les maladies psychosomatiques ?) " .

إلى جانب البحث الذي قدمه (Consoli S. , 1985) حول علاقة الضغط بالإضطرابات القلبية ، و بصفة خاصة الإضطرابات المتعلقة بارتفاع الضغط الشرياني ، و الذي يحمل عنوان : "الضغط ، الشخصية ، و ارتفاع الضغط الدموي (stress, personnalité et hypertension) " .

و رغم هذا الانتشار الواسع و المكثف للإستعمالات المختلفة و المتعددة لمفهوم الضغط ، إلا أنه لا يفوتنا أن نشير إلى ما يعتري هذا المفهوم من إبهام و غموض و عدم دقة في تعريفه ، إذ هناك مشكل يطرح حول تعريف مصطلح الضغط . و يتعرض لهذا المشكل في شكل تساؤلات ، كل من (Catherbas P. , Rouseet H. , 1988) فيقولوا : " هل يمكن للضغط أن يعرف دون غموض ؟ و هل يتعرض الباحثون من مختلف المجالات إلى نفس الظواهر عندما يتحدثون عن مفهوم الضغط ؟ و هل يمكننا أن نلتزم بمحدود علمية معينة عندما نتحدث عن الضغط ؟ .... و هل هناك بناء نظري لهذا المفهوم من شأنه أن يشكل منطلقا صالحا و موضوعيا يساعد على تقديم تفسير للظواهر الطبية ؟ و هل يشكل الضغط الحلقة المفقودة في سلسلة العلاقة بين المجتمع ، الحياة النفسية ، و المرض؟" (ص.61).

و أمام هذه الإشكالات التي يطرحها تعريف الضغط ، فإن بعض الباحثين و منهم (Maurer. M. , 1984) ، يقترح أن يعرف كل باحث مفهوم الضغط تعريفا إجرائيا يتناسب و بحثه ، و بالتالي يتفادى المشاكل التي يطرحها هذا المفهوم . و حتى تتجسد لدينا أكثر تلك الإشكالات المطروحة في تعريف مفهوم الضغط ، ارتقينا أن نعرض فيما يلي ، لمحة تاريخية حول المراحل التي مر بها استعمال مفهوم الضغط في المجالات العلمية المختلفة .

## (II) نبذة تاريخية حول مفهوم الضغط :

عرف مصطلح الضغط ، استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة ، إذ استخدم هذا المصطلح في أوائل القرن الرابع عشر للدلالة على حالات المشقة و الضيق و الحزن (cf. Lumsden, 1982) (hardship , straits , and affliction) .

و في القرن التاسع عشر ، أدخل مفهوم الضغط في ميدان الطب أين اعتبر كقاعدة أساسية للإضطرابات الصحية ، و يظهر لنا ذلك من خلال ما كتبه هنكل (Hinkle,1977) نقلا عن (William Osler) حول الإضطرابات الصحية التي يتعرض لها الرجل اليهودي ، إذ يقول : « يعاني الرجل اليهودي من الإجهاد و التعب إلى أقصى حد في طاقته العصبية من خلال العيش في حياة متوترة ، و من خلال انهماكه في العمل و تكريسه وقتا و جهدا كبيرين لتسيير شؤون بيته ، كما أن جهازه العصبي معرض لذلك الضغط و التوتر اللذان سيصبحان على ما يبدو العامل القاعدي للعديد من حالات الذبحة الصدرية (Angina pectoris) » (ص.30) .

و قد شمل استعمال مصطلح الضغط أيضا ميدان فيزيولوجيا الإنفعالات . ففي بداية الثلاثينات مثلا ، و بالضبط في (1932) ، استخدم الباحث (Walter cannon , 1932) ، مصطلح الضغط في دراسته لفيزيولوجيا الإنفعالات ، و اعتبر الضغط ، اضطرابا في الإتزان البدني (disturbance of hemeostasis) ، ينشأ تحت ظروف معينة ، كالتعرض للبرد ، و نقص الأكسجين ، و انخفاض السكر في الدم .

و جاء بعده (Hans Selye, 1936) « ليتحدث عن مصطلح الضغط معتبرا إياه ، كمجموعة من الإنفعالات الفيزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئية معينة . (لنا عودة للحديث عن مفهوم الضغط عند selye) بشيء من التفصيل فيما بعد ، لنوضح الصعوبات المنهجية التي يطرحها تعريف هذا المفهوم) .

بعدها ، و في فترة الأربعينات و الخمسينات ، اتسع مجال استخدام مصطلح الضغط ، ليشمل ميدانسي علم النفس و علم الاجتماع إذ أطلق علماء الاجتماع أمثال (panics , Ribots) (In : Lazarus , Folkman , 1984) مصطلح الضغط على المستوى الاجتماعي ، لشرح ارتفاع نسبة الانتحار و الجريمة ، و الأمراض العقلية في مجتمع ما .

أما في ميدان علم النفس ، فلقد ظهرت بوادر استعمال مصطلح الضغط في علم النفس المرضي ، و خاصة في أعمال (Freud) و نظرياته ، ثم في أعمال من تبعه من منتهجي منحنى التحليل النفسي . و حينها كان يستعمل مصطلح القلق (Anxiety) بمعنى ضغط سيكولوجي (psychological stress) .

و كان للحرب العالمية الثانية ، و الحربين الكورية و الفيتنامية ، أثر في دفع الأخصائيين إلى البحث في هذا المجال ، و يتجلى هذا في الدراسات و المقالات التي تطرقت إلى أثر الضغط على الأداء الحربي ، و استخدمت نتائج هذه البحوث في عمليات الاختيار و التوجيه الحربي.

و كانت نقطة التحول الكبرى و المهمة في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبعينات ، إذ تميزت بصدور عدة مؤلفات ، كانت على جانب كبير من المنهجية و التنظيم بالمقارنة مع ما سبقها.

و قد تم من خلال هذه المؤلفات (Levine and Scoth, 1970; Mc Grath, 1970)

الإعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية ، لا يمكن أبدا تجاهله.

و على الرغم من توفر عدد لا بأس به من البحوث و الدراسات التي دارت حول مصطلح الضغط ، إلا أنه لم يكن هناك في تلك الفترة ، تعريفا محددًا لمصطلح الضغط . و قد أشار كل من (Elliot & Eisodofer , 1982) إلى عدم وجود مثل هذا التعريف في قولهما : " بعد مرور خمس و ثلاثين سنة من البحث ، لم يتوصل أي باحث إلى صياغة تعريف خاص بمصطلح الضغط ، من الممكن أن يحصل على إجماع و اتفاق معظم الباحثين حوله" (ص 21). و ربما يعود ذلك إلى الصعوبات المنهجية التي يفرضها التعامل مع مصطلح الضغط « كمصطلح واسع و معقد ، كما يراه (Lazarus) ، الذي اقترح في عام (1966) فكرة التعامل مع مصطلح الضغط ، انطلاقًا من كونه مفهوم تنظيمي (Organizing concept) ، يساعد على فهم فئة معينة من الظواهر ذات الأهمية القصوى في عملية التوافق النفسي. فالضغط إذن حسب (Lazarus) ليس عبارة عن متغير واحد فريد ، بل هو عبارة عن وحدة (rubric) متكونة من العديد من المتغيرات و العمليات (variables and processes) ، و هو الشيء الذي يشكل عائقًا منهجيًا أمام بعض الباحثين في استعمالهم لهذا المصطلح.

بعد أعمال (Lazarus, 1966) حول مصطلح "الضغط النفسي" ، أصبح الحديث عن مصطلح الضغط مرتبطًا بصفة حتمية بالحديث عن مصطلح "المقاومة (Coping)" ، فبرزت إلى الوجود ، ثنائية (الضغط - المقاومة) انطلاقًا من الفكرة الأساسية التي قامت عليها أعمال (Lazarus) ، و التي نصها أن الفرد تحت شروط ضغط معينة ، يسعى دومًا إلى محاولة إعادة التوازن ليحقق تكيفًا معينًا مع محيطه ، و تكون عملية المقاومة مسؤولة إلى حد كبير ، و بشكل أساسي عن تحقيق حالة التكيف تلك.

و في ختام هذه النبذة التاريخية ، و المراحل التي مر بها ، استخدام مصطلح الضغط ، لا يمكننا أن نمر دون أن نشير إلى أن مفهوم الضغط (stress) ، أصبح محل نقاش و جدال حادين ، حركًا بقوة عجلة البحث حول هذا المفهوم ، منذ استعماله من طرف (Selye, 1936) حين اكتشافه لما أسماه بـ (التناذر الناتج عن عوالم مؤذية مختلفة)  
(A Syndrome produced by diverse nocuous agents).

و استمرت جهود (Selye) لمدة 40 سنة ، كان يرمي من خلالها إلى التوصل إلى إيجاد تعريف دقيق و محدد لمصطلح الضغط ، إذ كان يعيد النظر في تعريفه للضغط في كل مرة ، كلما توصل إلى اكتشاف جديد في الموضوع.

و قد توجت جهود (selye) في البحث طيلة تلك السنوات بصدر عدد لا يستهان به من المؤلفات ، بلغت في سنة (1981) (120.000) منشور أو مؤلف . و حول أهمية أعمال (selye) فيما يخص "الضغط" ، يقول الباحث: (Maurer. B.M, 1984) بفضل اكتشاف " (selye) للضغط" (stress)، نجد أنفسنا الآن في مستوى يسمح لنا بالكشف عن مرضية (pathology) متعددة الأسباب ، قائمة على التفاعل بين الجسد و الحياة النفسية ، بين الفرد و محيطه الاجتماعي " (ص.2240 ).

و نظرا لهذه الأهمية التي تتصف بها أعمال و دراسات (selye) حول مفهوم الضغط ، فإننا نعتقد أنه من المناسب ، بل من الضروري أن نتعرض بشكل من التفصيل إلى مفهوم الضغط عند (selye).

### (III) مفهوم الضغط عند : (SELYE)

عندما نشر (selye, 1936) أعماله الأولى حول ما أسماه "بالتناذر الناجم عن العوامل المؤذية المختلفة (A syndrome produced by diverse nocuous agents) ، لم يكن مصطلح الضغط ظاهراً بصفة واضحة و صريحة في هذه المنشورات . و يشرح لنا (selye) بنفسه سبب عدم ورود مصطلح ضغط بصفة صريحة في منشوراته الأولى قائلاً : "إن استعمال مصطلح ضغط (stress) للدلالة على ردود أفعال عضوية (organic reaction) ، كان موضوع العديد من الانتقادات ، ذلك لأن مفردة ضغط (stress) في اللغة الإنجليزية ، توحي عموماً بفكرة وجود توتر عصبي (Nervous tension) و حتى أجنب كتاباتي الوقوع في التباسات لغوية غير مناسبة ، فإنني استبدلت مصطلح الضغط (stress) بمصطلح آخر و هو مصطلح مؤذ (Nocuous) ، و هو مصطلح أراه أقل إثارة للنقد من مصطلح ضغط" .(ص.53).

و لكننا نجد (selye) بعد ذلك ، يستعمل عبارة ضغط (stress) بشكل صريح في سنة (1946) ، و هو الشيء الذي أشار إليه ، (Mason. J. 1975) إذ يذكر أن (selye) ، حينما استخدم مصطلح ضغط في بادئ الأمر ، فإنه استخدمه بمعنى مثير (stimulus) ، إذ نجده يقول في هذا الشأن : "... ليس من الضروري أن تثير نفس الدرجة من الضرر أو من الضغط دائماً ، نفس الإستجابة(cited) ".  
in Mason. J, 1975 , p.9)

و لكن (selye) لم يبق على نفس المعنى (مثير) عندما استعمل ثانية مصطلح ضغط في (1950) ، حيث أصبح الضغط (stress) بالنسبة إليه يدل على استجابة (response) لفعل المثيرات المؤذية (nocuous stimulus) و التي أسماها بالضواغط (stressors).

و يشرح لنا (selye , 1956) سبب هذا التغير الإصطلاحي , قائلا : " كنت أتكلم في كتاباتي الأولى عن عوامل مؤذية (nocuous agents) ، غير أن هذا المصطلح لم يكن ملائما بشكل كبير ... و عليه ، فإنني كنت في حاجة إلى كلمة ضغط (stress) التي استخدمت بشكل خاص في علم الحركة أو الميكانيكا (Mechanics) ، للدلالة على القوى التي تعمل في مواجهة مع المقاومة (resistance) التي يديها جسم ما . تلك التغيرات التي تطرأ على نابض فولاذي مثلاً ، أثناء تعرضه للانضغاط أو الكبس (compression)، هي تغيرات ناتجة عما يعرف فيزيائياً بالتوتر (tension) أو الضغط (stress) بعبارة أخرى) . و كنت أقول لنفسى ، أن الضغط الفيزيائي من المؤكد ألا يكون ذا طابع خاص (specific)، بمعنى أن تلك الظواهر العامة المتعلقة " بالتناذر العام للتكيف" (General syndrome of adaptation) (G.S.A) يمكن أن تكون عبارة عن الآثار التي يحدثها الضغط على المستوى البيولوجي ، يمكننا إذن أن نتحدث عن ضغط بيولوجي (Biological stress) " . (ص . 62-63).

و في سياق البحث عن اسم مميز و نوعي للضغط ، استقر (selye) على تسمية الضغط أو تعريفه في نطاق ما أطلق عليه اسم " التناذر العام للتوافق" (General syndrome of adaptation) . و ذلك اعتقاداً منه بأن الضغط كظاهرة عامة و شاملة ، لا يمكن أن تجري إلا في إطار عام و شامل ، و هو المتعلق بالتوافق (Adaptation) .

و يسمى (selye) هذا التناذر ، تناذراً عاماً (General syndrome) لأنه يرى أن مثل هذا التناذر لا يمكن أن يوجد إلا بوجود العوامل التي لها تأثير معمّم (generalized) على مختلف أجزاء الجسد و أقسامه.

و يفسر (selye) سبب ورود مصطلح توافق (adaptation) في مصطلح التناذر العام ، بأن العضوية في حالة وجود مثل ذلك التناذر تتخذ موقفاً دفاعياً ، و تدخل في مرحلة من المقاومة (resistance) لإعادة توازنها ، و بالتالي الوصول إلى حالة التوافق تلك.



و يؤكد (selye) أن هناك فرق بين الضغط (stress) و بين التناذر العام للتوافق ، و يتمركز ذلك الفرق الموجود بينهما حسب (selye) في التعامل الزمني . "فإذا كان الضغط (stress) يمثل مجموعة التغيرات اللامميزة التي تحدث في العضوية في وقت ما ، فإن التناذر العام للتوافق (G.S.A) يشمل كل التغيرات اللامميزة التي تحدث على مر الزمن و أثناء التعرض المستمر لتدخلات الضواغط (stressors)". (Selye , 1956 , p.94) .

ما يمكننا أن نقوله بخصوص ما سبق ، هو أن العلاقة بين الضغط و بين التناذر العام للتوافق (G.S.A) ليست واضحة بصفة كافية ، إذ يمكننا أن نفهم من خلال قوله السابق حول الفرق بينهما ، كما أشار إلى ذلك " (Maurer. B. M. , 1984) أن الضغط جزء من التناذر العام للتوافق ، كما يمكن أن نفهم العكس ، إذ يمكن أن يحدث الإنسان في نفس الوقت أو في نفس المستوى ، أو أن يكون الضغط متضمنا للتناذر العام للتوافق " (ص . 2242 . ) .

و يمكن أن تظهر فكرة التضمن هذه ، من خلال عبارة (selye, 1956) التي يرى من خلالها أن " الضغط هو المحدد المشترك لكل ردود أفعال التكيف التي يظهرها الجسد". (ص 80 )

و يعترف (selye) بنفسه ، بعدم توصله إلى إيجاد نموذج نظري واضح لتعريف الضغط ، و ذلك لأن المفهوم نفسه في نظره ليس واضحاً ، و هو ما يؤدي إلى استحالة وجود تعريف واضح و محدد للضغط . كما أن تصور الضغط على أنه ظاهرة تتميز بالإنسجام و التناغم الشديدين (monolithic phenomena) بين أبعادها و عواملها يجعل من الصعب جدا التوصل إلى تعريف ملائم لتلك الظاهرة . و هو ما يفسر التعديلات العديدة التي أدخلها (selye) على تعريفه لمفهوم الضغط طوال سنين بحثه المتعلقة بهذا الموضوع من جهة ، و الجدال الحاد الذي أثاره هذا المصطلح من قبل العديد من الباحثين و العلماء من جهة أخرى . الشيء الذي أدى إلى بروز العديد من الجهود التي حاولت أن تعطي تعريفاً أشمل و أدق لمصطلح الضغط . و لعل أبرز هذه الجهود هي تلك التي بذلها (Lazarus) بهدف التوصل إلى إيجاد تعريف لمفهوم الضغط ، تارة بمفرده ، و تارة بالمشاركة مع غيره من الباحثين كالباحثة (Folkman).

#### (IV) تعريف (LAZARUS AND FOLKMAN , 1984) للضغط :

يعرف هذان الباحثان الضغط النفسي (psychological stress) فيقولان : "الضغط النفسي عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و البيئة ، يقدر الفرد حدود تلك العلاقة على أنها حدود تتجاوز إمكانياته و موهلاته ، و تزعج راحته و هدوئه " .(ص 19 ) .

و قد ارتئينا أن تتبنى هذا التعريف في بحثنا ، انطلاقا من عدة أسباب :

- أولا ، اعتقادنا بشمولية و دقة هذا التعريف ، الشيء الذي يجعله أكثر ملائمة و تماشيا مع التصور النظري للإشكالية المطروحة في هذا البحث ، و المتعلقة بوضعية الضغط التي يكون مريض السكري مصدرا لها ، و بمختلف الاستراتيجيات التي يستعملها المريض بالسكري في عملية مقاومته ضد المرض .
- ثانيا ، تركيز هذا التعريف على أهمية العلاقة بين الفرد و البيئة بما تحتويه من متغيرات ، و هو أمر له وزنه من الناحية النظرية ، فيما يتعلق بهذا البحث .

- هذا بالإضافة إلى حافز آخر ، دفعنا إلى تبني هذا التعريف ، و هو المتعلق بالأفكار التي يتضمنها هذا التعريف . فإذا أمعنا النظر في تعريف الضغط الذي قدمه كل من (Lazarus and Folkman , 1984) ، نلاحظ أنه يشتمل ضمنا على مفهومين هامين يتوسطان تلك العلاقة القائمة بين الفرد و البيئة و هما (مفهوم التقدير المعرفي ، و مفهوم المقاومة) . فبالنسبة للمفهوم الأول (التقدير المعرفي (cognitive appraisal) ) ، فهو عبارة عن عملية معرفية تقديرية ، يتم بواسطتها تخمين الفرد حول : ما هو الإجراء الذي يشكل مصدر ضغط بالنسبة إليه في تعامله مع بيئته ، و لماذا يشكل هذا الإجراء مصدر ضغط بالنسبة له . أما بالنسبة للمفهوم الثاني (المقاومة (coping) ) ، فهو مفهوم يدل على العملية التي يعتمد الشخص من خلالها إلى معالجة الأمور التي تتطلبها أو تفرضها عليه علاقته مع البيئة في إطار الضغط الذي تم تقديره سابقا .

هذان المفهومان (التقدير المعرفي و المقاومة) على جانب كبير من الأهمية بالنسبة للعلاقة الموجودة بين الضغط السيكولوجي و بين التوافق السيكولوجي ، و لهذا فإننا سنخصص لكل منهما فصلا كاملا فيما بعد.

في آخر هذا الفصل الخاص بالضغط ، نشير إلى أن النقاش حاليا يتجاوز مجال التساؤل حول إيجاد تعريف أكثر ملائمة لمصطلح الضغط ، بل إن الإهتمام توجه أكثر في هذا الموضوع (موضوع الضغط) نحو البحث في العلاقة المتعددة الجوانب بين الفرد و بين محيطه ، و بين العضوية و بين الحياة النفسية ، و إلى البحث في موضوع خصوصية (specifity) الاستجابة للضغط ، و بصفة خاصة في مجال الإضطرابات الصحية المزمنة . إذ أن السؤال المطروح حاليا هو ، كيف أنه تحت نفس الشروط من الضغط ، يبدي بعض الأشخاص اضطرابات سيكولوجية في حين لا نراها عند البعض الآخر ؟.

و من هذا السؤال انطلق (Lazarus) و غيره من الباحثين في هذا المحور ، لصياغة نماذج نظرية مختلفة ، انبثق عنها العديد من المناولات العلاجية التي ذاع صيتها في الآونة الأخيرة في حقل علم النفس العيادي .

الفصل الثالث

” مفهوم التقدير المعرفي ”

## مقدمة :

بعد أن بحثنا مفهوم الضغط في الفصل السابق ، و تعرضنا إلى مختلف المراحل التي مر بها استخدام هذا المفهوم في مختلف مجالات البحث ، سنتناول في هذا الفصل الحديث عن مفهوم التقدير المعرفي (cognitive appraisal) و عن استعمالاته الأولى في مجال الضغط النفسي من قبل بعض الباحثين لنتنقل بعدها إلى الحديث عن هذا المفهوم عند (Lazarus) من خلال نظريته المعرفية الخاصة بالضغط و المقاومة ، ثم نعرض أشكال التقدير المعرفي ، و العوامل المؤثرة فيه لنختم هذا الفصل بفقرة نتحدث فيها عن مكانة التقدير المعرفي في نظرية الضغط و المقاومة.

## أولا : مفهوم التقدير (CONCEPT OF APPRAISAL) :

استعمل مفهوم التقدير (Appraisal) من قبل عدة باحثين في حقل الضغط النفسي (psychological stress)، من بينهم:

(Barber & Couls , 1959 ; Fritz & Mathewson, 1957; Janis , 1951; Shannon  
& Isbell , 1963 ; Wallace , 1956; Withey , 1962 .)

لكن استعمال هؤلاء لمفهوم التقدير لم يكن يحمل صبغة منهجية ، و لم يستخدم بطريقة منظمة ، بل حتى أن البعض منهم استخدمه بطريقة ضمنية (by implication) ، و يظهر ذلك جليا من خلال أعمال كل من (Grinker and Spiegel , 1945)، اللذان تحدثا عن مفهوم التقدير على أنه " يتطلب مجموعة من النشاطات الذهنية التي تتضمن ، الحكم (judgment) ، و التمييز (discrimination) ، و اختيار النشاط (choice of activity) ، استنادا على التجربة الماضية للفرد". (ص 122).

و تعد (Arnold , 1960 , 1970) أول من عالج مفهوم التقدير (appraisal) بطريقة منهجية أو منظمة . و تصور (Arnold) التقدير على أنه المحدد الذهني للإنفعال (The cognitive determinant of emotion) ووصفته بأنه عملية حثس سريعة تحدث بصفة آلية أو أوتوماتيكية (A rapid , intuitive process , that occurs automatically) . فتقول (Arnold , 1960) في هذا الصدد عن التقدير:

" التقدير فوري و لا إرادي (Immediate and indeliberate) ، فمثلا إذا توجه شخص ما بأصبعه محاولا إدخاله في عينك ، فإنك تتجنب هذا الخطر ، مباشرة و على الفور (instantly) حتى ولو علمت أن ذلك الشخص لا ينوي إيذاك . " (ص.172) . ثم تواصل (Arnol , 1960) وصفها لعملية التقدير فتقول أن : "إبداء مثل هذه الإستجابة الفورية ، يجب أن يسبقه تقدير بأن إدخال الأصبع في العين شيء مؤذي." (ص 172).

ثم جاء كل من (Janis and Mann , 1977) ليتكلما عن نموذج خاص أسمياه بنموذج "الصراع و اتخاذ القرار (conflict and decision - making) " ، إستنادا إلى مفهوم التقدير . (appraisal) و يدور هذا النموذج حول عملية تقييم (evaluation) الفرد لحدث معين و لتتائج اتخاذه قرارا ما بخصوص ذلك الحدث . و تتضمن عملية التقييم تلك حسب وجهة نظر كل مسن (Janis and Mann , 1977) ، الإجابة عن أربعة مسائل يطرحها الفرد على نفسه بخصوص حدث ما من أجل اتخاذ القرار المناسب بشأنه . إذ تتمثل تلك الأسئلة الأربعة في حصر الأخطار ، و الإستفسار عن جدتها في الحالة التي يقر فيها الفرد بضرورة التغيير (change) ، و في الحالة التي يرى فيها وجوب الإبقاء على الوضع ، إلى جانب البحث عن الحل الأفضل بخصوص معالجة ذلك الحدث .

و يعلق كل من (Lazarus and Folkman , 1984) على نموذج "الصراع و اتخاذ القرار (conflict and decision-making) and decision-making، فيصفاه، على أنه يشكل مثالا جيدا للنظرية التي تقوم على مفهوم التقدير . غير أن هناك جوانب يختلف فيها هذا النموذج مع مفهوم التقدير من منظور (Lazarus and Folkman , 1984).

فإذا كان (Janis and Mann , 1977) يركزان اهتمامهما في نموذجهما الخاص بالتقدير على فكرة الإنتقاء (choice) من بين سلسلة من النشاطات ، فإن وجهة نظير كل من (Lazarus and Folkman , 1984) تأخذ بحالا أوسع ، لتأخذ بعين الاعتبار كل حدث يشعر فيه الفرد بوجود عجز أو إرهاق في إمكانياته و قدراته التكيفية . إلى جانب هذا ، فإن (Janis and Mann , 1977) يضعان الإنفعال (emotion) في المقام الأول ، عندما يعتقدان أنه يتعارض مع عملية "البحث عن المعلومات" (information search) ، و عمليات اتخاذ القرار (Decision making processes). في حين لا ينظر كل من (Lazarus and Folkman , 1984) إلى الإنفعال من خلال تأثيراته على عملية البحث عن المعلومات فحسب ، و لكن أيضا من خلال التأثير المعاكس لهذه العملية (البحث عن المعلومات) على الإنفعال ذاته.

و يأخذ مفهوم التقدير (appraisal) بعدا آخر متعدد الأوجه في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة لـ (Lazarus)، و هو ما سنحاول أن نعرضه فيما يلي:

## ثانيا : النظرية المعرفية للضغط و المقاومة :

### (COGNITIVE THEORY OF STRESS AND COPING):

تميز النظرية المعرفية للضغط و المقاومة كما تصفها الباحثة (Folkman , 1984) بميزتين أساسيتين : " العلائقية (relational characteristic) و التوجيه (orientation). و تظهر صفة العلائقية من خلال تعريف هذه النظرية لمصطلح الضغط (stress) ، كملاقة (relationship) بين الفرد و البيئة ، حيث يقدر الفرد في هذه العلاقة، البيئة على أنها تتجاوز إمكانياته ، و تهدد استقراره و راحته" (ص.840).

كما ترى (Folkman , 1984) بخصوص هذه الميزة العلائقية ، أنها تمثل الحد الفاصل بين هذه النظرية في تناولها للضغط ، و بين التناولات الأخرى التي تتصور الضغط (stress) ، كمثير (stimulus) أو كنتيجة لصراع نفسي داخلي (a product of intrapsychic conflict) يقوم على حاجيات الفرد و رغباته و

نزواته ، أو كاستجابة (as a response) فيزيولوجية أو انفعالية . إذ يعرف الضغط في هذا التناول (النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ) ، على أنه عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و بيئته ، و هو بذلك (الضغط) ليس مثيرا كما تقول (folkman , 1984) ، بل هو علاقة تصل بين الطرفين معا (الفرد و البيئة).

أما عن الميزة الثانية في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ، و التي تتعلق بصفة التوجيه (orientation) (و هي صفة تابعة لميزة العلائقية)، فإنها تحمل معنيين اثنين:

أولهما أن الفرد و البيئة في هذه النظرية ، يدخلان أو ينشطان في إطار علاقة ديناميكية (A Denamic relationship) دائمة و مستمرة ، موجهة للتحرك وفقا لخط تغير الوضعيات أو لتغير البيئة بصفة عامة .

ثانيهما ، أن هذه العلاقة القائمة بين الفرد و البيئة موجهة بشكل متناظر أو متبادل، أو أنها حسب تعبير (folkman , 1984) "مزوجة التوجيه" (bidirectional) حيث يؤثر و يتأثر كل من طرفيها (الفرد و البيئة) بالآخر .

### **1) التقدير المعرفي في نظرية الضغط و المقاومة :**

تحدد التفسيرات التي تعطى للوقائع و الأحداث بعمليات التقدير المعرفي (cognitive appraisal processes) من وجهة نظر النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . و لمفهوم التقدير في هذه النظرية شكلين أساسيين هما : " التقدير الأولي" (primary appraisal) الذي يستعمله الفرد في تقييم (evaluation) معنى أو دلالة (significance) لإجراء أو تصرف معين بالنسبة لوضعية معينة . " و التقدير الثانوي" (secondary appraisal) الذي يمكن الفرد من تقييم إمكانيات المقاومة لديه ، و الاختيارات (alternatives) المتاحة أمامه ، للتعامل مع وضعية محددة.

و لا يفوتنا أن نشير إلى أن كلا من التقدير الأولي و التقدير الثانوي يتجهان في عملهما نحو هدف موحد ، و الرامي إلى تعديل (shape) معنى مواجهة ما بطريقة تكيفية أكثر.



## (1) التقدير الأولي (Primary appraisal) :

يمكننا أن نميز في هذا الشكل من التقدير ، ثلاثة أنواع من التقديرات وهي:

- التقديرات اللاعلاقية (Irrelevant).

- التقديرات التي تؤدي إلى الشعور ( بالرضا و الإرتياح )

( Bening-positive appraisals ) . ( لم نحصل هنا على الترجمة الحرفية لهذا النوع من التقديرات ).

- تقديرات الضغط (stressful appraisals) .

\* يمكن أن يقدر إجراء ما على أنه إجراء لاعلاقي (irrelevant transaction) ، عندما لا يحمل استخدام هذا الإجراء أو هذا التصرف في مواجهة صدام ما ، أي أهمية أو أي دلالة بالنسبة لعملية معالجة ذلك الصدام بتوفير الراحة و الرضا .

\* أما عن التقديرات من النوع (bening - positive) فإنها تظهر عندما يتعلق الأمر بالإجراءات التي لا يشكل اللجوء إلى استخدامها أي إرهاب أو أي تجاوز لحدود قدرات الفرد و إمكانياته ، بل على العكس من ذلك ، إذ يقود استخدامها إلى نتائج إيجابية ، و لهذا فإننا نجد أن هذه الفئة من التقديرات ، تتميز بوجود مشاعر الرضا و السرور (pleasurable emotions) .

\* أما فئة التقديرات الخاصة بالضغط (stressful appraisals) ، فإنها تشكل حيزا مهما ، و تلقى اهتماما خاصا في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة . و تضم تقديرات الضغط ثلاثة أصناف هي الأخرى .

• -الضرر / فقدان (Harm / loss)

• -الخطر أو التهديد (threat)

• -الإعترض أو التحدي (challenge)

و يعود التقدير من النوع (الضرر / فقدان) (Harm / loss) إلى الضرر أو الأذى الذي يلحق بالفرد إثر تعرضه لحالات معينة من فقدان ، كفقدان عزيز أو صديق ، أو الإصابة بمرض جسدي عضال ، أو فقدان التقدير الذاتي أو الاجتماعي (self or social esteem) . بينما يرتبط التقدير الخاص بالخطر أو التهديد (threat) بصفة مباشرة بحالة فقدان أو بحالة الضرر حيث أن حدوث مثل هاتين الحالتين ، يكون دوما مصحوبا بوجود خطر أو تهديد .

أما النوع الخاص بتقديرات الاعتراض أو التحدي (challenge) فإنه يتعلق بعوامل النمو (growth) ، و بالتغلب أو التفوق (mastery) أو بالفوز : (the gain) .

و يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن التقديرات من النوع (ضرر / فقدان harm) (loss) ، و (التهديد threat) تتميز بوجود الإنفعالات السلبية (negative emotions) ، مثل الغضب الخوف ، و الإستياء . (anger , fear , resemtnment) بينما تتميز تقديرات الاعتراض أو التحدي (challenge) بوجود انفعالات الإشباع و الرضا (pleasurable emotions) ، كالإستتارة (excitement) و اللهفة (eagerness).

إن التقدير الأولي (primary appraisal) في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة يتأثر بمجموعة من العوامل التي منها ما يتعلق بالفرد ذاته ، و منها ما يتعلق بالوضعية محل التقدير . و سنعرض فيما يلي كلا من العوامل المتعلقة بالفرد ، و العوامل المتعلقة بالوضعية محل التقدير.

#### أ) العوامل المؤثرة المتعلقة بالفرد:

من بين أهم العوامل التي تؤثر في عملية التقدير الأولي ، و التي تعود إلى الفرد ذاته ، نجد ، الإعتقادات (beliefs)، و الإلتزامات (commitments) .

و يعطي (Wrubel , Benner , & Lazarus , 1981) الأهمية الكبرى لهذه العوامل الشخصية في

تحديد عملية التقدير الأولي ، و ذلك لكونها (العوامل) هي المسؤولة عن:

- - تحديد العنصر البارز و الأكثر أهمية في صدام أو مواجهة معينة .
- - تحديد الصيغة أو الكيفية التي يفسر بها الفرد الحدث أو الواقعة و كذلك الإنفعالات و جهود المقاومة ضد ذلك الحدث.
- - توفير القاعدة المعرفية الضرورية لعملية تقييم النتائج.

### \* الاعتقادات (Beliefs) :

يصف كل من (Wrubel , Benner , & Lazarus , 1981) ، الاعتقادات بأنها أفكار موجودة مسبقا (preexisting notions) حول الواقع ، و تكون هذه الأفكار بمثابة عدسة إدراكية (perceptual lens) يدرك الفرد من خلالها و وفقا لها الواقع.

و هناك نوعان من الاعتقادات ، تحدث عنها (Wrubel, Benner, & Lazarus, 1981) :

- - إعتقادات عامة (general beliefs) كإعتقادات الدينية .
  - - و اعتقادات نوعية أو خاصة (specific beliefs) كإعتقادات الشخصية .
- كما يرى العلماء السابق ذكرهم ، أن الإعتقادات المعممة حول المراقبة أو التحكم (Generalized beliefs about control) تشكل واحدة من بين أكثر الإعتقادات تأثيرا في عملية التقدير الأولي. و تتعلق الإعتقادات المعممة بالمدى الذي يفترض أن تصل إليه قدرة الأشخاص على التحكم في العواقب أو النتائج أو مراقبتها (Control of autcomes) .

و في هذا السياق ، و حول فكرة أو مفهوم المراقبة أو التحكم (control) تحدث (Rotter, 1966) عن مفهومَي الإتجاه الداخلي للتحكم ، (the internal locus of control) ، و غلإتجاه الخارجي للتحكم أو المراقبة (the external locus of control) و يعني (Rotter, 1966) بالإتجاه الداخلي للتحكم (the internal locus of control) ، الإيمان (conviction) بأن الحوادث التي تصادفها ما هي إلا نتيجة لسلوكات الشخص ، على عكس الإتجاه الخارجي (the external locus) الذي يقصد به الإيمان القاطع

بفكرة تدخل قوى خارجة عن إرادة الفرد ، و أقوى منه في حدوث وقائع معينة ، و ترجع تلك القوى العظمى إلى الحظ ، النصيب ، و القدر ، أو إلى أصحاب السلطة و النفوذ (Luck ,chance , fate or powerful others).

و يعتقد (Rotter , 1966, 1975) أن لهذه الإعتقادات المعممة الخاصة بالمراقبة أو بالتحكم (Generalized control expectancies) تأثيرها البالغ على عملية التقدير حينما يتعلق الأمر بوجود وضعية غامضة أو جديدة . (ambiguons or novel situation) إذ يرى أنه في حالة الوضعية الغامضة (ambiguous situation) أين تغيب المعلومات الواضحة و الكافية التي تمكن الفرد من استيعاب معنى الوضعية (يلجأ الشخص إلى القيام بمجموعة من العمليات الاستدلالية و الإستنتاجية انطلاقاً من تجربته العامة (general experience) و استناداً إلى استعداداته الشخصية التي من بينها الإعتقادات (Beliefs) بغية التوصل إلى فهم ما يحدث أمامه في تلك الوضعية.

و في نفس المجال وجد (Archer , 1979) ، أنه أمام وضعية غامضة جداً (highly ambiguous) ، يتوقع أن يقدر الفرد ذو الإتجاه الداخلي في التحكم ، تلك الوضعية على أنها وضعية قابلة للمراقبة ، أو أنها وضعية يمكن التحكم فيها . (controllable situation) . بينما يتوقع من الفرد الذي يتصف بالإتجاه الخارجي في التحكم (external locus of control) أن يقدر تلك الوضعية على أنها غير قابلة للضبط أو للمراقبة (uncontrollable situation) .

### \*\*الالتزامات (Commitments):

يتصور كل من (Lazarus and Folkman , 1984) الالتزامات على أنها " تعبر عما هو مهم بالنسبة لفرد ما ، و ماذا يعني ذلك الشيء المهم بالنسبة له " (ص . 56) . و هي بذلك تحدد الشيء موضع الرهان (stake) أو المخاطرة في صدام أو مواجهة معينة بدرجة ضغط عال .

و يضيف (Lazarus and Folkman , 1984) أن الإلتزامات (commitments) هي التي تشكل القاعدة التي يستند إليها الأشخاص ، للمحافظة على قيمهم المثالية (Valued ideals) و لتحقيق الأهداف المرغوب فيها (acheive desired gools) .

و هناك نماذج من الإلتزام (patterns of commitments) تحدث عنها الباحثان (Lazarus and Folkman , 1984) ، بمعنى أن هناك بعض الأمور تتطلب درجة عالية من الإلتزام ، في حين لا يتطلب بعضها الآخر إلا درجة أقل من الإلتزام إن لم نقل أنها لا تفرض أي نوع من الإلتزام على الإطلاق.

و قد توصل (Wrubel et al. , 1981) إلى وجود ميكانيزمات (mechanisms) ، تؤثر من خلالها الإلتزامات على عملية التقدير ، و يتمثل دور تلك الميكانيزمات في توجيه الفرد أو قيادته نحو الوضعيات التي تجلب له الرضا و الراحة ، و أخذه بعيدا عن تلك التي تشكل مصدرا للخطر أو للضرر بالنسبة إليه.

فاللاعب الرياضي مثلا كما يعتقد (wrubel et al. , 1981) ، يشكل الفوز (the gain) بالنسبة إليه التزاما (commitment) و هو ما يدفعه إلى بذل كل ما في وسعه من أجل الدخول في تدريبات شاقة و صارمة ، و الإمتناع عن كل الممتع التي من شأنها أن تقلص فرص الفوز و حظوظه لديه.

مثال آخر يسرده (wrubel et al. , 1981) لتوضيح كيف أن الإلتزامات تقود الفرد نحو الخوض في الوضعيات التي تجلب له الرضا ، و تحول دونه و دون تلك التي تشكل بالنسبة له مصدر تهديد أو خطر. و يتعلق المثال بالطفل الذي يرغب في كسب رضا رفقاته ، ادنراه يشارك في كل النشاطات التي يفضلها أو يستحسنها رفقاته ، و يمتنع بل و يتجنب (avoid) النشاطات التي لا تمثل موضع استحسانهم .

دائما و في نفس المحور ، كشف كل من (King ann sorrontino , 1983) عن طريقة أخرى تؤثر من خلالها الإلتزامات على عملية التقدير ، و هي المتعلقة "بتعديل حساسية المميزاج (shape cue - sensitivity) إذ بينا أن الاختلافات و التنوع في الطرق التي يقدر بها الأفراد الوضعيات ، تعود بشكل ما إلى الفروق الفردية في إعطاء الأهمية أو الوزن لمختلف أوجه مظاهر تلك الوضعيات ، و أن هذه

الأهمية المعطاة لجوانب الوضعية ما هي إلا انعكاس (reflection) لقيمهم و إلتزاماتهم (their values and commitments) و التي من شأنها تحديد حساسية (sensitivity) هؤلاء الأفراد إزاء تلك الوضعيات.

و قد أقام (mechanic , 1962) حول نفس الفكرة ، دراسة طبقها على طلبة أثناء إجرائهم لإمتحان مهم للكشف عن عامل "الحساسية العالية للميزاج (the heightened cue - sensitivity) " لدى هؤلاء الطلبة ، فتوصل إلى أنه حينما ينتهي الإمتحان و تبدأ عملية فرز الطلبة الناجحين ، ترتفع درجة حساسية ميزاج الطلبة بصورة بارزة . و يعلق (mechanic ; 1962) على هذه النتيجة ، بأن مثل هذه الحساسية العالية في الميزاج ، لم تكن لتظهر لو لم يكن لدى هؤلاء الطلبة التزاما بضرورة الفوز أو النجاح.

كما أشار كل من (Lazarus and folkman , 1984) في هذا الصدد إلى فكرة أن الاختلاف في تقدير الوضعيات الصدمية من حيث التهديد أو الخطر الذي يمارسه على الأفراد ، يعود إلى خصوصية (peculiarity) نماذج الإلتزامات .

و قد وضع (Fiore , 1979) هذه الفكرة من خلال مثال يتعلق بتقدير وضعية المريض ، فأشار إلى أن البعض لا يراها (وضعية المريض) من زاوية سلبية من حيث كونها تهدد حياتهم فحسب ، بل يرى فيها أيضا حجة مقبولة (acceptable reason) لتجنب الوضعيات المحرجة أو الصعبة ، كممارسة عمل أو مهنة شاقة مثلاً انطلاقاً من الاعتقاد بأن عملية تجنب لمثل تلك الوضعيات يعد من صميم الإلتزامات المريض نحو نفسه و التي تفرضها عليه وضعية المرض . كما أن البعض الآخر من المرضى ، وبحكم اعتقاده بفكرة أن المرض يلزمه بطريقة تعامل معينة معه ، فإنه يسعى إلى أن تكون وضعية المريض ذاتها طريقة مشروعة لتلقي المساعدة و الإهتمام ، و من هنا يظهر الاختلاف في تقدير وضعية المريض .

(Klinger , 1975) هو الآخر أكد دور الإلتزام في دفع أو صد الخطر أو التهديد (the role of commitment in wording off threat) من خلال توجيه الفرد نحو مجموعة من النشاطات التي من شأنها أن تخفف من شدة الخطر أو درجة التهديد ، و تدعم جهود المقاومة ضد العقبات و العوائق التي تعترض الفرد.

كانت هذه إذن العوامل التي تؤثر في عملية التقدير الأولي (primary appraisal) و التي تتعلق بالفرد ذاته ، و هناك أيضا عوامل تتعلق بالوضعية محل المواجهة ، سنتناولها فيما يأتي:

#### ب) العوامل المتعلقة بالوضعية (situational factors) :

تشمل العوامل المتعلقة بالوضعية و التي تؤثر في التقدير الأولي (primary appraisal) ، عدة عناصر هي :

- -طبيعة الضرر أو التهديد (the nature of the harm or the threat).

- -نسبة احتمال وقوع الحادث سواء كان هذا الحادث معتادا أو جديدا .

- -الوقت الذي يحتمل أن يقع فيه الحادث.

- -و إلى أي مدى يتوقع أن تكون النتيجة واضحة أو غامضة.

و لقد اهتم العديد من الباحثين بدراسة هذه العوامل في علاقتها مع عملية المراقبة الذاتية و الضغط ،

من بينهم :

(Averill , 1973 ; Epstein & Ronpenian , 1970 ; Lazarus , 1966 ; Miller , 1979 ; Thompson , 1981) .

كما كشف كل من (Lazarus and Folkman , 1984) في نفس المجال عن ثلاثة عوامل أساسية تتعلق

بالوضعية ، و تؤثر في عملية التقدير الأولي ، و هي:

- -الحداثة (novelty) .
- -القابلية للتنبؤ (predictability) .
- -عدم التأكد من وقوع الحادث (event incertaintly) .

**\* عن عامل الحداثة (novelty) :** ، فإن الوضعية التي لم يسبق للفرد أن صادفها من قبل ، تؤدي به إلى اللجوء إلى القيام بمجموعة من الاستدلالات ، يستنبطها من معلوماته و معارفه العامة كي يصل إلى تقدير تلك الوضعية . و يرى كل من (Lazarus and folkman , 1984) أيضا بخصوص عامل الحداثة ، أن الوضعية الجديدة على الفرد لا تشكل وضعية ضغط (Stressful situation) بالنسبة له ، إلا إذا ارتبطت تلك الوضعية بوجود ضرر أو خطر ما ، و عندما تصبح الوضعية نفسها مصدرا للتهديد.

#### **\*\* أما عن عنصر القابلية للتنبؤ (predictability) :**

فإن (Lazarus and folkman , 1984) يريان أنه يشكل محورا هاما في البحوث الخاصة بمفهوم الضغط . و قد وفرت أعمال كل من (weinberg and levine , 1980) في هذا الشأن ، العديد من المعلومات حول أهمية و دور عامل القابلية للتنبؤ في تخفيض الضغط.

و قد سبقت هذه الأعمال ، أعمال كل من (Badia and Culberston , 1970) و التي توصلت إلى نتيجة ، مفادها أن الصدمات أو المواجهات (enconters) التي يتمكن الفرد من التنبؤ باحتمال حدوثها ، تكون درجة نفوره منها أو تجنبه لها أقل من تلك التي لا يتمكن من التنبؤ بوقوعها مسبقا.

#### **\*\*\* أما فيما يتعلق بالعامل الثالث : و هو الخاص ، بعدم التأكد من وقوع الحادث**

(event uncertainly) ، فإنه يخضع لمبدأ الاحتمالات (notion of probability) حسب وجهة نظر كل من (Lazarus and folkman , 1984) و يظهر الدور الذي يلعبه هذا العامل في عملية التقدير بصفة بارزة في الحالات العويصة من المرض الجسدي ، أين يصبح عدم التأكد من وقوع الحادث عنصرا ظاغطا (stressful) ، يشكل مصدرا مهما لقيام عنصر الخطر أو التهديد (threat) ، و قد بين هذا الأمر كل من (mages and mendelsohon , 1979) في دراسة لها حول آثار مرض السرطان على حياة المصابين به ،



إذ تبين أنه من بين المشاكل الحقيقية التي يعاني منها المصابون بالسرطان ، يوجد الغموض الذي يتسم به مسار هذا المرض، و العلاج الخاص به في نفس الوقت . الأمر الذي يجعل القابلية للتنبؤ حول تقدم العلاج أو فعاليته أمراً صعباً يشوبه دوماً عنصر الشك و عدم التأكد ، و هو ما ينشأ عنه إضافة مصدر جديد للضغط .

## (2)التقدير الثانوي (secondary appraisal)

يطلق اسم التقدير الثانوي في النظرية المعرفية للضغط و المقاومة على عملية تقييم كل من امكانيات المقاومة والاختيارات (Evolution of coping resources and options). و يبدأ عمل التقدير الثانوي مباشرة بعد حدوث التقدير الأولي بوجود ضرر ، فقدان ، تهديد أو اعتراض ( Harm, loss, threat, challenge ) . اذ يتم في عملية التقدير الثانوي تقييم الامكانيات الخلصة بعملية المقاومة و مصادرها التي تشمل : المصادر الجسدية (الفيزيائية) ، الاجتماعية ، السيكولوجية (النفسية) ، و المادية ، و التي يتطلبها التعامل مع وضعية معينة.

و قد قدم كل من ( Folkman et al., 1979 ; Schacfer et al., 1982 ) وصفا شاملا يتعلق بإمكانيات عملية المقاومة المختلفة أو مصادرها ، مرفوقا بعدد من الأمثلة حول هذه المصادر ، و التي نذكر من بينها:

- -الصحة و القوة (health , energy) التي تدخل ضمن مجموعة المصادر الجسدية لعملية المقاومة.
- - الدعم الاجتماعي و الدعم الانفعالي (Social and emotional support) و التي تندرج تحت فئة المصادر الاجتماعية للمقاومة.
- -الإعتقادات (beliefs) ، مهارات حل المشكل (problem - solving skills) و التقدير الذاتي (self-esteem) كأثلة عن مصادر المقاومة السيكولوجية .

و يتأثر التقدير الثانوي إلى حد كبير بتقديرات الوضعية الخاصة بعملية التحكم أو المراقبة (situational appraisals of control) ، نظرا لأن تلك التقديرات ترجع إلى الإعتقادات أو الأحكام (beliefs and judgments) التي يصدرها الشخص بشأن إمكانيات المراقبة أو التحكم أثناء مواجهة أو صدام متميز .

و في هذا الشأن تؤكد (Folkman , 1984) على أهمية التقييمات (Evaluations) التي يقوم بها الفرد فيما يخص المتطلبات التي تفرضها وضعية ما من جهة ، و على آثار تلك التقييمات على استعماله لاستراتيجيات معينة في التعامل مع تلك الوضعية من جهة أخرى ، و في نفس المجال دائما ، يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن التقدير الثانوي عملية تقييمية معقدة (a complexe evaluative process) يتم من خلالها انتقاء الأساليب الأكثر ملائمة في عملية المقاومة و التي يتوقع منها أن تكون على مستوى من الفعالية في مراقبتها أو تحكمها في وضعية معينة . و هو أمر لا يتم إلا انطلاقا من عملية التقييم الأولي لنتائج استعمال استراتيجية خاصة أو مجموعة من الاستراتيجيات التي من شأنها توفير مقاومة نوعية (a specific coping) ضد متطلبات معينة.

و دائما حول فكرة التعقيد (complexity) الذي تتميز به هذه التقديرات الخاصة بعملية التحكم أو المراقبة (control appraisals) يشير كل من (Cohen and Lazarus 1979) إلى أن هذا التعقيد يظهر بشكل بارز و بصفة خاصة في السياقات المرتبطة بالمرض ، إذ تهدف تقديرات عملية التحكم في هذه السياقات إلى :

- - "التخفيض من ضرر أو أذى الشروط المحيطة (Reduce harmful environmental conditions) ، و زيادة أو تعزيز إمكانيات أو فرص الشفاء (enhance prospects of recovery) .
- - التغاضي عن (tolerance) أو التكيف (adjust) مع الوقائع و الأحداث السلبية للمرض .
- - الحفاظ على "صورة جسدية موجبة" (maintain a positive self-image) .
- - الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain emotional equilibrium) .
- - الإستمرار في إقامة العلاقات مع الآخرين " . (ص 232).

\* و بخصوص العلاقة بين شكلي التقدير المعرفي ، التقدير الأولي و التقدير الثانوي فإن هناك عمل متبادل بين هذين النوعين من التقدير في عملية المقاومة . و قد تحدث كل من (Lazarus and Folkman) عن هذا التفاعل بينهما في العمل على تخفيض درجة الضغط و تعديل شدة و مضمون ردود الأفعال الإنفعالية ، و هو تفاعل على مستوى عال من التعقيد.

## II) مكانة التقدير المعرفي في نظرية الضغط :

(THE PLACE OF COGNITIVE APPRAISAL IN STRESS THEORY) :

بينت دراسات كل من:

( Lazarus, 1966,1968; Lazarus , Averill,& Option,1970 . )

(Folkins , Lawson , Opton , & Lazarus , 1968;

Lazarus & Alfert , 1964; Lazarus , Opton , Normikos, & Rankin , 1965; Speisman , Lazarus , Mordkoff, & Davison , 1964) .

(koriai , melkman , averill , & lazarus , 1972) .

أن عمليات التقدير المعرفي (cognitive appraisal processes) تؤثر على مستويات الإستجابة للضغط و تتوسطها ، و أن هذه العلاقة الوسيطة (the mediation relationship) بين الضغط و التقدير المعرفي ، تتوقف على عدد من الخصائص الشخصية (personality characteristics) ، و على العوامل التي تتعلق بالوضعية مصدر الضغط (situational factors). و قد تبعت هذه الدراسات حول أهمية التقدير المعرفي في نظرية الضغط ، دراسات أخرى كدراسات:

(Bennett & Holmes , 1975 ; Bloom , Houston , & Burish , 1977 ; Holmes & Houston , 1974) .

التي تحدث فيها أصحابها عن مفهوم يدخل في سياق عمليات التقدير المعرفي و هو مفهوم "إعادة التقدير"

(reappraisal)، و الذي يقصد به هنا ، إعادة تعريف (redefinition) وضعية الضغط . بحيث تم خلال

الدراسة التي قام بها كل من ( Holmes & Houston , 1974 ) ، تعريض أفراد العينة إلى تهديد (threat)، وذلك باستعمال مجموعة من الصدمات الكهربائية المؤلمة ، كما تم إعطاء نوعين من التعليمات (instructions) لأفراد المجموعة التي عرضت للتهديد مع الإشارة إلى أنه تمت الاستعانة بمجموعة ظابطة ، عرضت للتهديد ، دون أن تعطى لها التعليمتين . و كانت التعليمتان كما يلي :

- -إعادة تحديد الخطر (redefinition of threat) ، و يقصد به أن يأمر الأفراد بتخفيض الضغط

بواسطة التفكير في الصدمة الكهربائية أو تصورهما على أنها أحاسيس فيزيولوجية ممتعة (interesting physiological sensations).

- -عزل التهديد (threat isolation) ، و يعني أنه على الأفراد المعرضين للصدمات الكهربائية أن

يعملوا على تخفيض الضغط من خلال البقاء منعزلين و بعيدين عن التأثير بتلك الصدمات (by remaining detached and involved) .

ثم تم بعد ذلك تسجيل مستويات الاستجابة للضغط ، فكانت النتائج ، أن أظهر الأفراد الذين طبقوا التعليمتين السابقتين (الخاصتين بإعادة التعريف و العزل) ، زيادات في مستويات الاستجابة للضغط بالمقارنة مع أولئك الذين لم تعط لهم تلك التعليمات التي تشمل استراتيجيات معرفية لعملية المقاومة (cognitive coping strategies) و من هنا تظهر مكانة التقدير المعرفي و أهميته في تحديد درجة الاستجابة للضغط .

# الفصل الرابع

## ” مفهوم المقاومة “

## مقدمة :

يمكننا القول بأن أهمية مفهوم المقاومة (Coping) ، ظهرت بصفة ملحوظة في الفترة الممتدة بين الأربعينات و الخمسينات ، و لازالت أهميته العلمية قائمة إلى حد الآن ، إذ يشكل هذا المفهوم في الوقت الحالي ، المحور الذي تقوم عليه البرامج التربوية و العلاجية في ميدان علم النفس ، و التي تهدف إلى تطوير و تحسين المهارات الخاصة بعملية التوافق النفسي.

يندرج مفهوم المقاومة ضمن سياق نظري (theoretical context) يختلف باختلاف التناولات التي تحدثت عن هذا المصطلح ، إذ هناك التناولات الكلاسيكية التي تتمثل في النموذج الحيواني (the animal model)، و التناول السيكدوناميكي (psychodynamique approach) ، و هناك التناولات الحديثة التي يمكن أن نحصرها في التناول الظاهراتي أو الفينومينولوجي (phenomenological approach).

## I) التناولات الكلاسيكية لمفهوم المقاومة :

(TRADITIONEL APPROACH) :

تشتمل التناولات الكلاسيكية على نوعين من النماذج أو التناولات ، انفراد كل نوع منها بكتابات نظرية خاصة به ، طبقا لتصوره (conceptualization) لمفهوم المقاومة . و يمكننا الحديث عن نوعين أساسيين من البحوث النظرية لنوعين مختلفين من التناولات ، يتصل النوع الأول بما يسمى " بالبحوث التجريبية التقليدية على الحيوان " ، بينما يتعلق النوع الثاني " بالتحليل النفسي "

## (1) التناول الذي قدمته البحوث التجريبية على الحيوان

### لمفهوم المقاومة :

يستند هذا التناول إلى نتائج البحوث القائمة على ما يعرف بالنموذج الحيواني للضغط و المقاومة (the animal model of stress and control) و هو تناول متأثر إلى حد كبير بالفكر الدارويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء ، إذ يستخدم مصطلح المقاومة (coping) للدلالة على ميكانيزم للتكيف ، يستعمله الفرد للدفاع ضد مختلف التهديدات التي تأتيه من العالم الخارجي أو للدفاع ضد انفعالات داخلية ، كميكانيزم التجنب أو الهروب (avoidance or escape) المستعمل في حالة الخوف و الفرع أو ميكانيزم المواجهة أو الهجوم (Affrontement or attack) المستعمل في حالة الغضب .

و يعرف هذا التناول المقاومة على أنها عبارة عن مجموعة من الأفعال و النشاطات (acts) التي يكمن دورها في مراقبة التقلبات التي تحدث في المحيط ، و بفضل تلك المراقبة المستمرة ، يتم التخفيف من حدة الإضطراب السيكوفيزيولوجي الذي يمكن أن تحدثه التغيرات الطارئة في المحيط .

و يرى ( Miller. N.E. , 1980 ) أن هذا التناول ينظر إلى المقاومة على أنها عبارة عن سيرورة (process) تتكون من السلوكات المتعلمة ذات الفعالية في تخفيض (lowering) مستوى الإضطراب ، و التخفيف من حدته ، من خلال الوصول إلى ازالة أو إلغاء خطر أو ضرر معين .

غير أننا إذا رجعنا إلى التصور الذي يقدمه هذا التناول لمفهوم المقاومة ، نجد أنه يتحدث عن مفهوم المقاومة من خلال بعد واحد لمصطلح المقاومة ، و المتمثل في بعد التخفيض من حدة الإضطراب السيكوفيزيولوجي (lowering psychophysiological disturbance) كما يعبر عنه في هذا التناول ،

و في هذا الصدد يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن البحوث التي تستند إلى النموذج الحيواني للضغط و المراقبة ، ترتكز أساسا ، و بصفة عامة على ما يسمى بالسلوك التجني أو سلوك التفادي (Avoidance behavior) ، و على سلوك الهرب و الفرار (escape behavior) . و هو الشيء الذي لا يمكننا من الكشف عن باقي السلوكات أو الإستراتيجيات التي يتضمنها مصطلح المقاومة .

## **(2) تناول التحليل النفسي للمقاومة :**

يتناول التحليل النفسي مصطلح المقاومة ، على أنها مجموعة من الأفكار الواقعية و المرنة (Realistics and flexible thoughts) التي يتمثل دورها في إيجاد حل للمشاكل ، و من خلالها يتم التخفيض من حدة الضغط.

و يرتبط مفهوم المقاومة في هذا التناول بعدد من العمليات أو السيرورات (processes) التي يستعملها الشخص في معالجة الاضطرابات المتوقعة حدوثها على مستوى علاقاته مع الآخرين ، و تشمل عملية المقاومة من منظور هذا التناول على سلسلة من الإستراتيجيات (strategies) التي تتطور انطلاقا من ميكانيزمات أولية أو ابتدائية (primmar) غير ناضجة (Immature) ، إلى ميكانيزمات ناضجة (mature mechanisms) بالإصطلاح التحليلي .

و قد تحدث (vaillant , 1977) في هذا الشأن ، عن مجموعة من الدفاعات (Defences) التي تتطور انطلاقا من الميكانيزمات الذهانية (psychotic mechanisms) ، كميكانيزم إنكار الواقع الخارجي (denial of external reality) ، التشويه أو التحريف (distortion) ، و الإسقاط الوهمي (delusional projection) ، إلى مستوى أعلى من النضج ، و المتمثل في الميكانيزمات الناضجة (mature mechanisms) ، كميكانيزم التصعيد (sublimation) و الغيرية أو حب الغير . (Altruism)



كما أن النموذج التحليلي يتصور مفهوم المقاومة على أنه في حقيقة الأمر ، عبارة عن نمط أو سمة (style or trait) ، ومن هذا المنطلق ، قدم محاولة لقياس مفهوم المقاومة ، و تنحصر محاولة القياس هذه ، في عملية تصنيف الأفراد طبقا للنمط أو السمة التي يتميز بها كل واحد منهم ، قصد إيجاد ثوابت يمكن الاعتماد عليها في التمييز بين الأشخاص ، أو بهدف التمكن من وضع مؤشرات تنبؤية ، و توقعات حول الطريقة أو الأسلوب الذي يلجؤون إليه للمقاومة ضد الأشكال المختلفة من الضغوطات . إذ يعتقد هذا التناول أنه يمكن لإنسان ما أن يصنف على أنه ذو نمط خاضع أو امتثالي (conformist) ، أو أنه ذو نمط واع (conscientious) أو أن يدرج ضمن فئة أصحاب النمط الوسواسي - القهري (obsessive - compulsive) ، أو مع الذين يتسمون بالكبت (repressor) أو مع أولئك الذين يتميزون بالتصعيد (sublimation) .

و يمكننا أن نذكر هنا أعمال كل من:

( Leovinger, 1976 ; Shapiro, 1965) ; Vaillant , 1977)

التي دارت حول محاولة تصنيف دفاعات الأنا ، بغية التوصل إلى نماذج معينة للشخصية ، مع الإشارة إلى أن هؤلاء المؤلفين ، قد أدخلوا في أعمالهم هذه ، عناصر من علم النفس المعرفي للحديث عن الميكانيزمات الدفاعية التي تدخل ضمن سياق مفهوم المقاومة . غير أن لهذا التناول التحليلي حدود يقف عندها في محاولته التي قدمها لقياس المقاومة ، و تتمثل هذه الحدود ، كما تحدث عنها كل من (Lazarus and folkman, 1984) في بعض الصعوبات المنهجية الهامة ، و التي تجعل من هذا التناول تناولا ناقصا ، إذ أن المقاييس التي وضعها لقياس المقاومة (و التي تركز على فكرة التصنيف) لا تتوفر على عنصر جيد للتنبؤ ، و لا على عنصر الثبات ، و هما شرطان أساسيان و ضروريان في كل مقياس أو اختبار جيد .

## (II) **التناولات الحديثة (التناول الفينومينولوجي أو الظاهراتي) :**

(PHENOMENOLOGICAL APPROACH) :

يعد التعريف الذي قدمه (Lazarus , 1966) حول مصطلح المقاومة (و الذي يركز على وجهة نظر فينومينولوجية) نقلة هامة و أساسية في مجال تحديد مفهوم المقاومة . إذ أضاف البعد السلوكي (Behavioral dimention) في تعريفه للمقاومة . و يعرف (Lazarus , 1966) المقاومة على أنها " عبارة عن مجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية (cognitive and behavioral efforts) الموجهة نحو السيطرة على المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد ، أو تتجاوز حدوده و إمكانياته ، أو نحو التخفيض من تأثيرها ، أو نحو تحملها. "

و قد قدم بعد ذلك كل من (Lazarus and Folkman , 1984) تعريفا آخر في نفس المنظور لمصطلح المقاومة ، يقترب إلى حد كبير من التعريف السابق . فكان تعريفهما للمقاومة بالشكل التالي

" تعد المقاومة مجموعة جهود سلوكية و معرفية ، في حالة تغير مستمر ، تهدف إلى معالجة متطلبات داخلية و/ أو خارجية خاصة ، مقدرة على انها تشكل عبئا يفوق إمكانيات الفرد و قدراته. "

(ص . 141 ) .

(Coping is a constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person . ) ( p.141 ).

و قد ارتقينا أن نتبنى هذا التعريف في بحثنا هذا بخصوص مصطلح المقاومة ، اعتقادا منا بوجود عدة مبررات لذلك و هي :

1- أن هذا التعريف يتصور المقاومة على أنها " عملية موجهة " (process-oriented) ، و ليست " سمة موجهة " (trait-oriented) كما يراها النموذج التحليلي ، و هو ما تعكسه عبارة "متغيرة باستمرار" (constantly changing) ، التي وردت في التعريف .

و من هذا المنطلق ، فإن هذا التناول يعنى بتركيز الاهتمام كلية على أفكار الشخص و سلوكاته الآتية التي يصدرها وفقا لشروط و متطلبات خاصة . بينما يقودنا تصور المقاومة كسمة (Trait) ( و هو ما يدل على الثبات و الاستقرار ) إلى التوقع المسبق لمحتوى عملية المقاومة ، أو إلى نوع أسلوب المقاومة المستخدم ، انطلاقا من سلوكات الفرد و أفكاره التي اعتاد أن يديها إزاء ظروف معينة.

كما أن عبارة " المتطلبات الخاصة " (Specific demands) التي جاءت في تعريف (Lazarus and Folkman , 1984)، تؤكد على أن مفهوم المقاومة يدل بالفعل على " سيرورة" (process) و ليس " سمة " (trait) ، ذلك لأنه أمام وجود خصوصية محددة في المتطلبات البيئية ، يقتضي على المقاومة كسيرورة ، أن تساير في مضمونها و باستمرار ، مضمون تلك المتطلبات ، و هو الشيء الذي يجعل من المقاومة هي الأخرى مقاومة "خاصة" (specific) .

2) يميز هذا التعريف بين المقاومة "كسيرورة عمليات موجهة" و بين "السلوك التكيفي الأتوماتيكي أو الآلي" (Automatized adaptive behavior) . و تشير عبارة "جهود معرفية و سلوكية تفوق امكانيات الفرد و قدراته " ، الواردة في التعريف ، إلى فكرة أن عملية المقاومة ، تجري في شروط معينة من الضغط النفسي الذي يتطلب تحركا معينا ، و عملا ذهنيا موجهها نحو معالجة تلك الشروط ، و هو الشيء الذي يميز المقاومة عن السلوكات الأتوماتيكية التي لا تتطلب بذل أي جهد معرفي

3) إن ورود كلمة " معالجة " (management) في هذا التعريف ، يفتح المجال واسعا أمام التحدث عن عدة مصطلحات أخرى تتضمنها عملية المقاومة ، أو عملية المعالجة هذه . و هي المصطلحات التي أدرجها (Lazarus) تحت اسم استراتيجيات المقاومة (coping strategies).

و التي صنفها إلى مجموعتين كبيرتين هما : الإستراتيجيات الدفاعية (Defensive strategies) ،  
و استراتيجيات حل المشكل (problem - solving strategies).

و بهذه المميزات التي ينفرد بها تعريف (Lazarus and Folkman , 1984) لمصطلح المقاومة ،  
نعتقد أنه تعريف شامل و دقيق يتطابق إلى حد كبير مع حدود الإشكالية المطروحة في بحثنا هذا و  
المتعلقة بالضغط النفسي الذي تشكله الإصابة بمرض السكري و استراتيجيات المقاومة عند المصابين به .

### (III) المقاومة كسيرورة :

: (COPING AS A PROCESS) :

إن اعتبار المقاومة كسيرورة ، يجعل منها عملية مرنة ، قابلة للتغير ، إذ يرى كل من  
(Lazarus and Folkman, 1984) في هذا الخصوص ، أن التحدث عن المقاومة كعملية ، يعني  
بالضرورة التحدث عن الاختلاف أو التغير (change) في الأفكار و السلوكات التي تتضمنها عملية  
المقاومة من مواجهة لأخرى أو من صدام لآخر ، إذ يمكن لشخص ما أن يستخدم هذه العملية بأشكال  
مختلفة و متعددة باختلاف الحالات و الوضعيات التي يكون عليها ، و من هنا جاءت فكرة وجود  
استراتيجيات متعددة لعملية المقاومة .

و في نفس السياق دوما ، يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أن عملية  
المقاومة تجري في سياق مميز أو خاص (specific context) ، إذ أن الأفكار و النشاطات التي تندرج  
تحت عملية المقاومة هي دوما موجهة نحو ظروف خاصة ، و تحت شروط معينة . و لفهم ميكانيزم  
المقاومة و لتقييمه كذلك ، نحتاج إلى معرفة مصدر المقاومة . بعبارة أدق ، علينا أن نحدد

السياق (context) الذي تدور فيه عملية المقاومة ، و ذلك بأن نصل بين الأفكار و السلوكات المقاومة (coping behaviors) وبين الحاجة أو الطلـب الذي يفرضه المحيط (the contextual demand).

و يمكن أن يظهر مدلول أو معنى المقاومة كسيرورة ، في حالات الحداد و التغيرات الحياتية الكبرى التي تدوم لفترة طويلة ، بدءا من الفترة التي وقعت فيها الحادثة . و قد وصف كل من Lazarus (1984) , Folkman and حالة في هذا المعنى ، تدعم فكرة المقاومة كسيرورة ، إذ يتدرج سير عمل المقاومة مرحلة فمرحلة . و تتمثل هذه الحالة في حادثة فقدان عزيز ، ففي هذه الحالة مثلا ، يتوقع حدوث حالة من الصدمة يتبعها أو يصاحبها الإنكار و عدم تقبل حادثة الموت تلك (shock and disbelief) كما يمكن أن يحدث تبعا لذلك حالة من الهيجان (frantic) ، و البكاء الشديد (tearfulness) ، مع تحمل صعوبة شاقة (brave strunggles) في ممارسة العمل و النشاطات الاجتماعية ، و كثيرا ما يحدث أن ينقطع الفرد في هذه الحالة عن العمل في المراحل الموالية ، و لكنه يعود بعد نهاية فترة الحداد تلك إلى حالته العادية ، ليتقبل حقيقة الأمر المتمثلة في تقبل فكرة فقدان ، و يعود الى عمله ، و الى البحث عن الارتباط من جديد بأشخاص آخرين.

و يشير (Lazarus and Folkman , 1984) تبعا لهذا المثال إلى أن هذه السيرورة (process) الكاملة من العمليات في عمل المقاومة ، يمكن أن تدوم لفترة قصيرة ، كما يمكن أن تدوم لفترة طويلة ، تمتد على بضع سنوات . و حينها تستعمل عدة أساليب أو أنماط من المقاومة . كما يتوقع في هذه الحال ، حدوث صعوبات انفعالية ، هذا بالإضافة إلى كون عملية المقاومة تظهر بشكل مختلف من مرحلة لأخرى ، و أنه في كلتا الحالتين ، سواء في حالة المقاومة ذات المدى البعيد أو المقاومة ذات المدى القصير ، هناك نموذج متغير من عمليات التقدير المعرفي و المقاومة ، و العمليات الانفعالية (Shifting pattern of cognitive appraisal , coping and emotional processes).

## (IV) الوظائف المتعددة للمقاومة :

(THE MULTIPLE FUNCTIONS OF COPING) :

تناول العديد من الباحثين الحديث عن الوظائف المتعددة للمقاومة ، كل حسب تصوره لمفهوم المقاومة في حد ذاته.

فالباحث (White , 1974) مثلا ، تحدث عن ثلاثة أنواع من الوظائف :

- 1- ضمان تأمين معلومات كافية و ملائمة حول المحيط أو البيئة.
- 2- الحفاظ على استقلالية أو حرية الحركة ، وحرية التصرف في استعمال رصيد المعلومات بطريقة مرنة .
- 3- الحفاظ على الشروط الأساسية لعملية الأداء و انتقاء المعلومات.

كذلك (mechanic , 1974) ، صاحب النظرة الاجتماعية - النفسية

هو الآخر يتكلم عن وجود ثلاثة وظائف للمقاومة :

- 1 - التعامل مع المتطلبات الاجتماعية و البيئية ،
- 2- توفير الدافعية لمواجهة تلك المتطلبات،
- 3- المحافظة على التوازن السيكولوجي بهدف توجيه الطاقة و المهارات نحو المتطلبات الخارجية .

فيما يرى (pearlin and schooler , 1978) أن وظائف المقاومة تتمثل في :

- - إحداث تغيير في الوضعية التي تكثر أو تزداد فيها التجارب الباعثة على التوتر الشديد.
- - تحديد التجارب المولدة للضغط الشديد.
- - معالجة الضغط .

و لقد تحدث كل من (Folkman and Lazarus , 1980) عن نوعين رئيسيين

من الوظائف المتعلقة بعملية المقاومة ، و هما : المقاومة التي تركز على المشكلة (Problem

focused coping) - ، و المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - focused

coping)، و ذلك في دراسة أقامها على مائة (100) فرد ، تراوح أعمارهم بين 45 و 64 سنة ، قصد

الكشف عن الطريقة التي يقاومون بها ضد فئة متنوعة من الوقائع الحياتية خلال مدة زمنية تقدر بسبعة

أشهر.

و قد قدمت من أجل ذلك قائمة استراتيجيات المقاومة المعروفة و التي تحتوي على

تسعة و ستين (69) بندا ، بين أشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال و أشكال المقاومة التي تركز

على المشكلة (problem-focused and emotional-focused strategies) . و كأمثلة على

استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكلة و التي تتضمنها المقاومة نجد عبارة : " يتعين على الفرد أن

يكون قادرا على تغيير وجهة نظره " ، و عبارة "وضع مخطط واتباعه " . اما عن الأمثلة التي تتعلق

بالاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، فنجد عبارة : " تقبل تعاطف و تفهم الآخرين " و عبارة

" السعي إلى التغاضي عن المسألة ككل " .

و قد بينت نتائج هذه الدراسة ، أن أشكال المقاومة التي تركز على المشكلة

(Problem--focused coping) ، يكثر اللجوء إليها عند الوضعيات التي تقدر على أنها وضعيات

قابلة للتغير (Changeable) ، في حين أن أشكال المقاومة التي تركز على الإنفعال

(Emotion-focused coping) تظهر أكثر عندما يتعلق الأمر بوضعيات قدرت على أنه لا سبيل إلى

تغييرها ، أو أنه ليس هناك إجراء ما من شأنه أن يزيح الخطر أو الأذى الناجم عنها .

و سنعرض فيما يلي ، النوعين الأساسيين لوظائف المقاومة كما

يتصورها (Lazarus , 1966) .

## أشكال المقاومة التي تركز على الانفعال (1)

(Emotion - focused forms of coping) :

تولف هذه الأشكال من المقاومة مجموعة واسعة جدا من العمليات المعرفية (Cognitive processes) الموجهة نحو التعويض من حالة التوتر الانفعالي (Emotional distress) ، إذ تضم هذه الأشكال استراتيجيات عديدة من بينها : التجنب أو التفادي (Avoidance) ، التقليل من أهمية الشيء (Minimization) ، الإبعاد أو الابتعاد (distancing) ، الإنتباه الانتقائي (selective attention) ، و المقارنات الإيجابية (positive comparisons).

و حسب (Lazarus , 1966) ، فإن هذه الاستراتيجيات يمكن أن تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة . إذ من الممكن جدا أن يقود استعمال بعض هذه الاستراتيجيات الخاصة بالمقاومة التي تركز على الانفعال إلى إعادة تقدير (reappraisal) للوضعية محل المواجهة ، و ذلك بتغيير معنى تلك الوضعية أو إعطائها تفسيرا آخر (changing the meaning of the situation) . و بهذا الأسلوب يصل الفرد إلى التقليل من قيمة أو أهمية الخطر المحدق به، و الذي تشكل تلك الوضعية . و لهذا السبب أطلق (Lazarus , 1966) على جهود المقاومة من هذا النوع اسم الاستراتيجيات الدفاعية (Defensive strategies).

و تعمل هذه الاستراتيجيات وفق نشاط معرفي يمكن الفرد من إعطاء تصور ذاتي (Self -conceptualization) ، كالابتعاد (Distancing) ، أو إعادة تقييم وضعية ما تقيما إيجابيا (positive evaluation) ، و الذي يكمن دوره في تحويل تهديد ما إلى تحدي.



و يشير (Lazarus , 1966) في هذا المجال ، إلى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الإنفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط ، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحدي ، عندما يتعلق الأمر بالوضعيات ذات الضغط العالي أو المرتفع ، كما هو الشأن بالنسبة للوضعيات التي تهدد حياة الفرد ، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات عن مواجهته تلك الوضعيات . كما يمكن لهذه الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، أن تؤثر بطريقة أخرى على الإنفعال إذ من الممكن أن تعمل على إحداث تغيير في درجة الانتباه و التركيز . فاستراتيجيات التجنب (Avoidance) أو الهروب (Escape) مثلاً ، تحول دون الانتباه و التركيز على مصدر الضغط ، و هو الشيء الذي ينجم عنه هدوء أو راحة انفعالية مؤقتة . و لهذا فإن (Lazarus , 1966) يتصور هذه الميكانيزمات التكيفية (adaptive mechanisms) على أنها ذات دور مرحلي أو انتقالي (transitive) ليس إلا ، مما يجعلها قليلة الفعالية و الإنجاز .

## **2) أشكال المقاومة التي تركز على المشكل :**

**(Problem - focused forms of coping):**

هي استراتيجيات تظهر في حالة المواجهة (confrontation) أو التخطيط (planing) ، وهي بذلك تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات تغيير الوضعية التي هو بصدد مواجهتها ، الشيء الذي يؤدي مباشرة إلى تغيير الحالة الإنفعالية.

هذا النوع من أشكال المقاومة موجه نحو تحديد المشكل ، إيجاد حلول بديلة (Alternative solutions) ، دراسة و تحديد فعالية و عواقب هذه الحلول الجديدة ، ثم اختيار واحد منها و تطبيقه ، و لهذا السبب تقرب استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (Problem - focused coping strategies) من الإستراتيجيات المستعملة لحل المشكل

(Problem - solving strategies).

غير أن المقاومة التي تركز على المشكلة (Problem - focused coping) حسبما يراها (Lazarus 1966) تشمل على فئة واسعة من الإستراتيجيات الخاصة بتوجه المشكلة (Problem-oriented strategies) ، بالمقارنة مع تلك التي تشمل عليها إستراتيجيات حل المشكلة (Problem - solving strategies) .

كما أن الإستراتيجيات التي تركز على حل المشكلة تحتوي على عملية تحليل ذاتية ، تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة ، بينما تضم المقاومة التي تركز على المشكلة (Problem - focused coping) ، إستراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة و اختيار امكانياته و قدراته في حل المشكلة المطروح.

وقد أشار (Kahn et al. , 1964) إلى هذه الفكرة بحديثه عن الإستراتيجيات الموجهة نحو المشكلة ، إذ يرى أن هناك مجموعتين كبيرتين من هذه الإستراتيجيات ، إحداهما موجهة نحو المحيط ، والأخرى نحو الذات . و تختص الإستراتيجيات الموجهة نحو المحيط ، في تعديل و تبديل كلا من الضغوطات المحيطية أو البيئة (environmental prossures) العوائق (barriers) ، و الإجراءات و الوسائل المتخذة بشأن أمر ما (ressources and pocedures) ، و كذا العلاقة أو الصلة (the link) بين هذه الأشياء.

بينما تعمل الإستراتيجيات الموجهة نحو الذات على تغيير مستوى أو درجة الطموح (level of aspiration) ، و التخفيض من المتطلبات الذاتية (ego involvement) ، و إيجاد قنوات أو مصادر بديلة للإشباع و الرضا (alternative channels of gratification) و تطوير معايير سلوكية جديدة (new standars of behavior) ، أو تعلم مهارات جديدة (new skills) .

و يشير كل من (Lazarus and folkman , 1984) في هذا الصدد إلى أن عدد الأشكال المعروفة أو المتوفرة في الكتابات النظرية و في البحوث الخاصة بالمقاومة التي تركز على المشكل (Problem-focused forms of coping)، و التي يلجأ الأشخاص إلى استعمالها إزاء الوضعيات الحياتية المختلفة ، قليل إذا ما قورن بعدد الأشكال أو الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (Emotion focused strategies).

## ٧) العلاقة بين وظائف المقاومة التي تركز على المشكل و وظائف المقاومة التي تركز على الإنفعال :

(THE RELATIONSHIP BETWEEN PROBLEM AND EMOTION -FOCUSED COPING FUNCTIONS ):

نظريا ، يمكن لشكلي المقاومة (التي تركز على الإنفعال ، و التي تركز على المشكل) أن يسهلا (facilitate) عمل بعضهما البعض ، كما يمكن أن يعيق كل منهما عمل الآخر . و قد بين (Miller, 1980) كيف أن كل شكل من شكلي المقاومة يمكنه أن يسهل عمل الآخر ، من خلال المثال التالي و المتعلق بمعاناة امرأة من القلق و التوتر الشديدين ، كلما همت بالصعود إلى حشبة المسرح لتقديم عرضها . وقصد التغلب على شعورها بالقلق ، تجدها تلجأ إلى التنفس بعمق ، و تعمل على تهدئة نفسها شيئا فشيئا . و باستخدامها لهذه الإجراءات ، تنتقل إلى استخدام أشكال المقاومة التي تركز على المشكل (problem focused formes of coping) كإمعان النظر جيدا مثلا في محتويات العرض ، واسترجاعها في ذاكرتها ثانية ، ثم عرضها ، و هو الشيء الذي يسهل عليها الخروج من ذلك المأزق.

في نفس المجال ، و قصد توضيح العلاقة المتبادلة بين المقاومة التي تركز على المشكل و بين المقاومة التي تركز على الإنفعال ، و التي تسهل فيها كل منهما عمل الأخرى ، يضرب لنا العالم (Machanic, 1962) مثالا آخر حول الطالب الذي يعاني من مستوى عال من القلق و التوتر ، حينما يكون بصدد إجراء امتحان مصيري ، و كيف أن هذه الدرجة العالية من القلق ، تبدأ في التلاشي و الإنخفاض التدريجي ، بمجرد أن يتحول اهتمام الطالب و انتباهه ، لينصب على إجراء الإمتحان .

و يتضح لنا من خلال هذا المثال ، كيف أن الانتقال من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال، إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل و حل المشكل ، و كيف أن التوجه نحو القيام بالفعل (المقاومة التي تركز على المشكل) ، ينجم عنه تخفيض في التوتر الإنفعالي .

و لنبين كيف أن نوعي المقاومة (التي تركز على المشكل و التي تركز على الإنفعال ) ، من الممكن أن يعرقل كل منهما عمل الآخر ، قدم (Breznitz , 1971) مثالا يتعلق بالشخص الذي يكون حديث العهد بتشخيص لمرض يعاني منه ، إذ يتجه هذا الشخص نحو جمع المعلومات و تقييمها (Gathering and evaluating information) و يصر على ذلك . و يساهم اكتسابه لتلك المعلومات المتعلقة بمرضه ، في ازدياد نسبة الشك لديه بخصوص خطورة حالته ، و يضخمها ، كما يرفع من درجة القلق لديه . و يمكننا أن نلاحظ هنا كيف أن استعمال المقاومة التي تركز على حل المشكل (جمع المعلومات و تقييمها) يزيد من حدة التوتر الإنفعالي لدى هذا الشخص ، و هو الشيء الذي يجعله يلجأ إلى ميكانيزمات معينة ، كميكانيزم التجنب (Avoidance mechanism) الذي يستعمله في هذه الحالة بهدف تخفيض التوتر الإنفعالي .

من جهة أخرى أثبتت الدراسات التي قام بها كل من :

(Hamburg et al. , 1953 ; Visotsky et al. , 1961 ; Kübler-Ross , 1969;

Andreason , Noyes , & Hartford , 1972; Moos , 1977)

أن المقاومة التي تركز على الإنفعال ، والمقاومة التي تركز على المشكل ، غالبا ما تحدثان بصفة متزامنة (Concurently) و بشكل متتالي . و يمكننا أن نرى ذلك من خلال الأمثلة الخاصة بمرحلة ما بعد الأزمات و الصدمات ، كالصدمة الناتجة عن فقدان عزيز مثلا ، أين تحدث مرحلة رفض الواقع و نكرانه ، أو التقليل من فضاغة الواقعة (المقاومة التي تركز على الإنفعال) مباشرة و فورا بعد وقوع الحادث ، ثم نجد أن هذه المرحلة من الرفض و الإنكار للحقيقة ، تعوض تدريجيا بالتركيز على المشكل (Problem-Focused)، بهدف التلائم مع الحدود و العوائق التي تفرضها الصدمة ، و استعادة المجرى الطبيعي للحياة بصفة عامة.

و لإبراز العلاقة التبادلية بين وظائف المقاومة التي تركز على الإنفعال و التي تركز على المشكل ، قام الباحثان (folkman and lazarus , 1980) بدراسة أجريت على عينة تتكون من مائة (100) شخص ، قدمت لهم فيها ، قائمة تتكون من (69) بندا حول أساليب المقاومة بنوعيهما ، التي تركز على المشكل ، و التي تركز على الإنفعال ، و ذلك قصد الكشف عن مدى استعمال النوعين بشكل مزدوج ، في حالة التعامل مع وضعيات الضغط . فأتضح بعد تحليل نتائج هذا البحث ، أنه من بين المائة شخص ، ثمانية عشر (18) فقط منهم ، يلحون إلى استعمال نوع واحد فقط من بين نوعي المقاومة في مواجهتهم للضغط ، الأمر الذي يشير إلى فكرة وجود تزامن بين عمل المقاومة بشكليها معا .

## (VI) منابع أو مصادر المقاومة (COPING RESOURCES) :

تنوع الأساليب التي يستعملها الفرد في عملية المقاومة بتنوع مصادرها أو منابعها ، و عندما نقول عن شخص ما أن لديه مقاومة متعددة المصادر أو متعددة المنابع (Resourceful) ، فهذا يعني أنه يملك العديد من المنابع و أنه بارع في إيجاد الطرق التي يستخدمها في معالجة المتطلبات التي هو بصدده مواجهتها.

و قد استعمل (Antonovsky , 1979) مصطلح "منابع المقاومة الشاملة (Generalized resistance resources) لوصف الخصائص التي تسهل عملية التعامل مع الضغط ، هذه الخصائص ، يمكن أن تكون فيزيائية ، بيوكيميائية ، معرفية ، انفعالية ، موقفية ، و اجتماعية - ثقافية .

و قد جمع كل من (Lazarus and Folkman , 1984) منابع المقاومة في مجموعات ثلاث

هي :

- - منابع فيزيائية و تتضمن الصحة و الطاقة (Health and energy).
- - منابع سيكولوجية ، و تتمثل في الإعتقادات الإيجابية (positive beliefs).
- - الكفاءات (competances) ، و التي تشمل كل من مهارات حل المشكل والمهارات الاجتماعية (problem-solving and social skills) .

و سنتعرض في الآتي إلى هذه المصادر بشكل من التفصيل :

## **(1) المناجم المسددة (الصحة والقوة أو الطاقة):** **(HEALTH AND ENERGY):**

إن الشخص الذي يعاني من المرض ، التعب ، والإجهاد ، لا يتوفر على الطاقة اللازمة للمقاومة ضد وضعية ضغط معينة . و قد بينت الدراسات التي قام بها كل من .

(Hamburg & adams, 1967; dimsdale, 1974 ; Hamburg et al., 1961)

و كذلك دراسات (bulman & worthman , 1977; visotsky et al. , 1961) حول أهمية عاملي الصحة و القوة في عملية المقاومة ، أن الأشخاص يمكنهم المقاومة بصفة جيدة أمام وضعيات الضغط النفسي ، باستثناء أولئك الذين يعانون من ضعف في الصحة ، و أولئك الذين لا يملكون طاقة أو قوة كافية لمواجهة ذلك الضغط.

## **(2) المناجم السيكلوجية (الاعتقادات الإيجابية):** **(POSITIVE BELIEFS) :**

تشكل الاعتقادات الإيجابية منبعاً سيكلوجياً بالغ الأهمية بالنسبة للمقاومة . و لكن و كما أشار إليه كل من (Lazarus and Folkman, 1984) ، فإنه في بعض الحالات ، تكون بعض الاعتقادات الإيجابية عائقاً و ليس منبعاً للمقاومة . و كمثال على هذا النوع من الاعتقادات، نجد الاعتقاد بوجود العقاب الإلهي الذي يقود الفرد إلى تقبل الوضعيات الشاقة و المؤلمة ، كمعاقب من طرف الخالق ، فيكف من جهوده في محاولة التحكم في متطلبات تلك الوضعيات و تجاوزها ، بالمقابل ، فإن الاعتقاد بنقص الكفاءة ، و بعدم وجود أية قدرة على التحكم في وضعية ما ، أو الاعتقاد بعدم جدوى و فعالية استراتيجية ما ، يمكن أن يثبط من عزيمة الشخص في بذل الجهود التي تتطلبها عملية المقاومة بخصوص إيجاد حل لمشكل ما .

و على الرغم من الأهمية النظرية للإعتقادات كمنبع من منابع المقاومة ، إلا أنه لم يتوفر إلا العدد القليل من البحوث، حول الكيفية التي تظهر بها هذه الأهمية بصفة فعلية في عمليات المقاومة .

أما فيما يخص الإعتقادات التي تصنف ضمن فئة الإعتقادات الإيجابية ، و التي تشكل مصدرا فعالا من مصادر المقاومة ، نجد تلك التي تسمى "باعتقادات المراقبة و التحكم" و التي جلبت اهتمام معظم الباحثين . و قد تطرقت عدة دراسات إلى فكرة العلاقة بين أسلوب المقاومة ، و بين نوع الإعتقادات . من بين هذه الدراسات ، نجد دراسة (Strickland , 1978) التي بينت نتائجها أن الأشخاص الذين يعتقدون أن النتائج أو العواقب (Outcomes) تتوقف على نوع و مضمون سلوكياتهم ، تختلف طريقة مقاومتهم ضد المشاكل الصحية ، عن الطريقة التي يقاوم بها الأشخاص الذين يرون أن ما يحدث لهم من وقائع ، ما هو إلا نتيجة للحظ والنصيب ، و للقضاء و القدر ، و أن هناك قوة أعلى و أقوى من مراقبتهم أو تحكمهم الذاتي (Personal control).

كما توصلت هذه الدراسة إلى أن الأشخاص الذين يتمتعون باتجاه داخلي في عملية التحكم (Internal locus of control) أي أولئك الذين يعتقدون بقدراتهم الذاتية على التحكم في الوضعية التي يواجهونها ) ، يتفرون على حظ أوفر لجمع معلومات فيما يخص مواجهة المرض ، أو فيما يخص المحافظة على الصحة . على عكس أولئك الذين يتميزون باتجاه خارجي في عملية المراقبة و التحكم (External locus of control) أي الذين يسننون أمر التحكم في الوضعية التي يواجهونها إلى قوى خارجية ، كالحظ ، القضاء و القدر و غيرها ، و ينفون قدرتهم الذاتية على التحكم فيها .

في نفس السياق ، و قصد الكشف عن العلاقة بين اتجاه التحكم أو المراقبة (locus of control) و بين سلوكيات المقاومة ، قام الباحث (Andreson , 1977) بدراسة أجراها على (102) تاجر ، كانوا عرضة لخسارة مالية فادحة ، تسبب فيها فيضان . و قد تزامن إجراء هذه الدراسة مع مرور فترة عامين تقريبا على حدوث ذلك الفيضان . فوجد أن التجار الذين يتميزون باتجاه داخلي في التحكم (internal locus of control) يختلفون في نوعية السلوكيات



التي يدونها في عملية المقاومة ، عن أولئك الذين يمتازون بالإتجاه الخارجي في التحكم (external locus of control) ، و أن هؤلاء (ذوي الإتجاه الخارجي) لا يلجؤون إلى الإستجابات الدفاعية بصفة كبيرة ، على عكس ذوي الإتجاه الداخلي.

### (3) الكفاءات والمهارات (Competencies) :

#### (أ) مهارات حل المشكل :

يلخص كل من (Janis, 1974 ; Janis and Mann , 1977) خصائص مهارات حل المشاكل في النقاط التالية :

- - القدرة على البحث و التنقيب عن المعلومات,
  - - تحليل الوضعيات لتحديد المشكل و إيجاد طرق جديدة و بديلة للنشاط.
  - - دراسة يحمل هذه الطرق البديلة للنشاط و تحديد النتائج المتوقعة عن تطبيقها,
  - - انتقاء الطرق البديلة الأكثر ملائمة و فعالية في حل المشكل المطروح.
  - - و أخيرا ، تنفيذ الخطة للقيام بالنشاط (حل المشكل ) ،
- و تشكل هذه المهارات منبعا هاما من منابع المقاومة ، و يرى ( Rosenbaum , 1980 ) ، أنها تنحدر من مجموعة التجارب التي عاشها الفرد ، من مجمل معارفه ، و قدراته المعرفية و الفكرية على استعمال و توظيف هذه المعارف ، بالإضافة إلى قدرته على التحكم أو الضبط الذاتي (Self-control) .

## ب) المهارات الاجتماعية (Social - skills) :

المهارات الاجتماعية ، هي الأخرى تشكل مصدرا مهما من مصادر المقاومة ، نظرا للدور العام الذي يلعبه النشاط الاجتماعي في التوافق النفسي . إذ توفر هذه المهارات الاجتماعية للفرد ، القدرة على الإتصال ، و التصرف مع الآخرين بطرق أكثر فعالية ، و أكثر ملائمة اجتماعيا . و لهذا يرى الباحثان ( Lazarus and Folkman , 1984 ) بخصوص المهارات الاجتماعية ، أنها تسهل عملية حل المشاكل التي تعترض الفرد في علاقاته مع الآخرين ، و تزيد من احتمال قدرته على التعاون معهم . كما أنها تعطي للفرد بصفة عامة ، تحكما ذاتيا كبيرا من خلال التفاعلات الاجتماعية .

## **(VII) فعالية المقاومة (COPING EFFECTIVENESS) :**

تشمل تعريفات المقاومة (التي تنطلق من وجهة النظر الفينومينولوجية) ، الجهود (Efforts) التي يبذلها الفرد قصد معالجة المتطلبات مصدر الضغط العالي ، بغض النظر عن النتائج الناجمة عن استعمال أو بذل تلك الجهود . و هذا يعني أنه ليس هناك استراتيجية جيدة و أخرى غير جيدة ، و إنما تتحدد جودة (Goodness) استراتيجية ما ، بمدى قدرتها على التأثير الفعال في تغيير وضعية ما ، و بمدى استمرار هذه الفعالية أو هذا التأثير على المدى البعيد (In the long term) . و في هذا الشأن يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) أنه لا بد أن نأخذ بعين الاعتبار المضمون أو السياق الذي تجري فيه عملية المقاومة في تقييمنا لهذه العملية ، حتى نكشف عن مدى التطابق بين الوضعية محل المواجهة و بين الإجراء المتخذ بشأن مقاومة تلك الوضعية من جهة ، و عن مدى نجاح تلك المقاومة في تغيير العلاقة من النوع " الشخص - البيئة " (Peson - Environement) إلى الأفضل من جهة أخرى .

و لقد تحدثنا فيما سبق ، عن نوعين رئيسيين من وظائف المقاومة:

• (1) ضبط مشاعر الحزن و المعاناة أو التوتر (Regulation of distress) و هي وظيفة تقوم

بها المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - focused coping) .

• (2) معالجة المشكلة مصدر المعاناة أو الضرر

(management of the problem that is causing the distress)

و هو الدور الذي تؤديه المقاومة التي تركز على المشكلة

(problem - focused coping).

و تتوقف فعالية المقاومة على الوظيفتين معا . فمثلا الشخص الذي ينجح في معالجة مشكل ما ،

و لكن على حساب جهد أو طاقة انفعالية ضخمة ، لا يمكننا أن نصف مقاومته هذه بالفعالية.

و لتبيان أهمية الوظيفتين السابقتين في فعالية المقاومة ، أعطى الباحثان

(Janis and mann, 1977) مثالا في هذا السياق ، يدور حول اتخاذ القرار بوضع أحد الوالدين في

مؤسسة لرعاية المسنين. إن اتخاذ مثل هذا القرار في نظر هذان الباحثان ، يمكن أن يكون بمثابة الحل الجيد و

الفعال في مثل هذه الوضعية ، غير أنه يمكننا أن نتصور أن الابن حينما يترك أباه في تلك المؤسسة ، فإنه

يفادرها ، و هو يعمل في نفسه شعورا بالذنب و الإثم ، و الفقدان و اليأس . فحتى تكون المقاومة على

مستوى من الفعالية ، عليها أن تتوصل أيضا و بنجاح ، إلى معالجة هذه المشاعر السلبية . هذا لا يعني

ودائما حسب وجهة نظر (Janis and mann, 1977) أنه يجب أن تكون هناك مشاعر إيجابية حتى

نقول أن المقاومة فعالة . و لكن المطلوب (في هذا المجال) فعلا ، هو معالجة تلك الانفعالات أو المشاعر

السلبية.

في المقابل ، فإن الشخص الذي يملك قدرة على ضبط انفعالاته بصفة ناجحة ، دون أن يتمكن

من التعامل المباشر مع مصدر المشكل ، لا يمكن أن يكون ذا مقاومة فعالة هو الآخر . و هو الأمر الذي

وضحته نتائج دراسة كل من (Shen & Levenson, 1982) و كذلك دراسة

(Levenson , shen , grossman , newman, & newlin , 1980 .)

التي أقيمت حول ظاهرة "الإدمان على الكحول" ، إذ أظهرت نتائجها أن الإدمان على الكحول ،

كشكل من أشكال المقاومة ضد التوتر الانفعالي (كما يعتقد المدمنون على الكحول) ، يحول دون

جهود المقاومة التي تركز على المشكل (problem - focused coping) ، والتي تتطلب مستوى معيناً من التركيز و الإنتباه ، و القدرة على التصور و التخطيط .

و يرى كل من (Lazarus and Folkman , 1984) ، أنه لكي تكون المقاومة فعالة ، يجب أن يكون هناك توافق أو انسجام جيد بين جهود المقاومة و عناصر أخرى . و تتعلق هذه العناصر بالقيم (values)الأهداف أو المقاصد (goals) ، الإعتقادات (beliefs) و أنماط المقاومة المفضل استعمالها (preferred styles of coping). فعندما تعارض مثلاً ، استراتيجيات المقاومة بشكل كبير مع القيم الشخصية للفرد ، و يؤدي ذلك التعارض إلى وجود صراع بينهما ، فإن استراتيجيات المقاومة تلك ، تصبح بدورها مصادر جديدة أو إضافية للضغط.

و على ذكر فعالية المقاومة ، و دورها في تخفيف الضغط النفسي نشير إلى أننا سنخصص الفصل الموالي ، للتحديث عن دور المقاومة في التخفيف من مستوى الضغط النفسي ، الناتج عن الإصابة بالمرض المزمن عامة ، و بمرض السكري بصفة خاصة ، من خلال عرض بعض الدراسات التي بينت أهمية المقاومة ، و دورها الفعال في التوافق النفسي مع المرض المزمن .

**الفصل الخامس**  
**" دور المقاومة في**  
**التوافق السييكولوجي مع**  
**المرض المزمن عامة،**  
**و مرض السكري خاصة "**

## مقدمة :

في هذا الفصل الخاص أساسا بدور استراتيجيات المقاومة في تخفيض مستوى الضغط النفسي الذي يسببه مرض السكري ، سنتعرض كخطوة أولى إلى العلاقة بين الضغط ، المقاومة ، و بين المرض المزمن ، ثم إلى توضيح أهمية نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، لنتقل بعدها إلى الحديث عن مرض السكري ، كمصدر للضغط السيكولوجي بالنسبة للمصابين به ، و عن العوامل التي تؤثر في التكيف الفيزيولوجي الحسن مع مرض السكري ، لنصل في الأخير إلى الحديث عن العلاقة بين المقاومة و بين الضغط السيكولوجي و بين عملية تنظيم الإقلاب ، لنوضح دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف مستوى الضغط السيكولوجي الذي يمارسه مرض السكري على المصابين به ، وبالتالي التنظيم الحسن لنسبة السكر في الدم ، و هو الهدف الذي يسعى إليه المهتمون بعلاج مرض السكري ، و قد ارتئينا أن نثري هذا الفصل من خلال عرضنا لبعض الدراسات الحديثة التي نراها مناسبة لذلك الغرض .

### ١) العلاقة بين الضغط ، المقاومة ، و المرض المزمن :

لنفهم العلاقة بين الضغط السيكولوجي ، المقاومة ، و المرض المزمن ، لابد من الأخذ بعين الاعتبار ، تلك العملية المتطورة باستمرار من المقاومة التي يمارسها الأفراد ، أمام الحوادث و الوضعية ذات الضغط العالي .

و قد شكل السؤال عن مضمون أو عن طبيعة هذه العلاقة الثلاثية ، التي تحتل فيها المقاومة ، موقعا وسطيا بين متغير الضغط و المرض ، محور العديد من الدراسات ، كالدراسات التي أقامها الباحثون:

(Diamont , 1982; barefoot , Dahlstron , & williams , 1983; Long ,

Ostfeld , & Ogeloby , 1983; Williams et al. , 1980)

و التي دلت نتائجها على أن المقاومة من المحتمل أن تؤثر على التفسيرين "الضغط و المرض" و ذلك من خلال تأثيرها على تفاعلات الضغط الكيميائية - العصبية (Neurochemical stress reactions) ، من حيث تواتر تلك التفاعلات ، شدتها ، مدتها و طبيعتها . و يتم هذا التأثير انطلاقاً من :

(1) عدم القدرة على تحسين الظروف المحيطية مصدر الخطر ، أو عدم القدرة على الغائها كلية . و يرجع ذلك ، إلى عدم فعالية المقاومة التي تركز على المشكل (problem-focused coping) بسبب :

- الصعوبة التي تتميز بها الوضعية أو الظروف المحيطية مصدر الضغط
  - - أو العجز في إمكانيات المقاومة التي تركز على المشكل ذاتها.
- و من هذا المنطلق ، فإن الضعف في نشاط المقاومة التي تركز على المشكل من المحتمل أن يزيد من درجة النفور و الإبتعاد عن الوضعية مصدر الضغط ، الشيء الذي يؤدي إلى التحريض أو الإثارة المتفاقمة لتفاعلات الضغط الكيميائية-العصبية.

(2) عدم القدرة على ضبط التوتر الإنفعالي (emotional distress) إزاء الأخطار و الأضرار المخلقة ، و هو أمر يعود إلى العجز في عمل المقاومة التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping) إذ يمكن لهذه الأخيرة ، أن تؤثر سلباً على الصحة ، و ذلك بعرقلة السلوكات التكيفية المرتبطة بالمرض.

و قد بين (Kartz et al. , 1970) في هذا الشأن ، أن استراتيجتي الإنكار و التجنب (denial and avoidance) و هما استراتيجيتان تنتميان إلى فئة المقاومة التي تركز على الإنفعال يمكنهما تشكيل عائق أمام تحقيق سلوك تكيفي مع ظروف المرض ، بالرغم من أنهما تنجحان إلى حد ما في التخفيض من حالة التوتر الإنفعالي ، لأنهما تبعدان الفرد عن التعامل الفعلي و الملموس مع المشكل.

و في نفس المحور أقام كل من (Kinsman , Dirks , Jones , and Dahlen , 1980) دراسة بشأن الجهود التي يبذلها المصابون بالربو (asmatics) لتخفيض درجة القلق لديهم ، إذ تبين أنه عندما يعترف هؤلاء المرضى بصعوبة عملية التنفس كحقيقة موجودة لديهم، و يدركونها كمشكل يستحق أن يقلقوا بشأنه ، و أن يتعاملوا معه بواقعية ، و بشكل منظم ، فإن عملية المقاومة التكيفية (adaptive coping) تسهل لديهم . و لكن الأمر يختلف عندما لا يعطي المصابون بالربو الحجم الحقيقي من الأهمية لصعوبة التنفس التي يعانون منها ، فلا يقلقون بشأنها ، و هو ما يؤدي إلى التخفيض من درجة فعالية أو من نشاط المقاومة في مواجهة الأعراض الخطيرة للربو.

نفس النتائج توصل إليها الباحث (Farberows , 1980) عما أسماه بسلوك التدمير الذاتي لدى المصابين بمرض السكري . (self-destructive behaviour in diabetics) و يقصد به ، أن المصابين بالسكري ، ينكرون أو يرفضون الحقيقة المتعلقة بوجود مضاعفات بالغة الخطورة لمرضهم ، لأنها حقيقة تبعث الرعب و الإنزعاج في نفوسهم ، و من أجل هذا نجدهم يفشلون في مسابقة متطلبات مرضهم عندما تظهر لديهم تلك المضاعفات ، فيعجزون عن الالتزام بالنظام العلاجي المتعدد الجوانب و الملائم لمثل هذه الحالة . و قد ركز (Survit , Feinglos , & Scovesn, 1983) على أهمية عامل الالتزام بمقتضيات و شروط النظام العلاجي الخاص بمرض السكري ، في عملية تكيف المريض مع مرضه . و نجد من بين تلك الالتزامات ، ضرورة المحافظة على الممارسة الذاتية للنشاطات المتعلقة بنظام العلاج الخاص بمرض السكري ، كمتابعة نظام الحمية ، ممارسة التمرينات الملائمة ، و المتابعة على العلاج الطبي و تحمل صرامته . و تشير المعطيات الإمبريقية و الملاحظات اليومية التي تلفت انتباهنا بخصوص الأشخاص المصابين بالسكري إلى أن هؤلاء كلما واضبوا على النظام العلاجي المقدم لهم ، و كلما حافظوا على شروطه ، كلما زاد احتمال تحكمهم في مراقبة معدل السكر في الدم ، الشيء الذي يجعلهم يشعرون بارتياح انفعالي ، ويزيد من نسبة فرصهم في التوافق السيكولوجي و الاجتماعي مع مرضهم . و تشير هذه المعطيات أيضا إلى وجود فروق فردية في درجة التوافق النفسي الاجتماعي مع المرض و مع ما يشكله من ضغط سيكولوجي . و لهذا فإننا نعتقد أنه من الملائم جدا أن نتعرض إلى تناول هذه الفروق ، و شرحها في



إطار نظري ارتئينا أن يكون ذا طابع معرفي ، و ذلك لعدة أسباب ، أهمها أننا انطلقنا في بحثنا هذا من إشكالية تدور في سياق معرفي ، و تبحث في أهمية و دور عملية المقاومة في تخفيف مستوى الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بمرض السكري ، و في فائدة النموذج العلاجي المعرفي و نجاعته في تقديم سند سيكولوجي للمصاب بمرض السكري ، قصد تمكينه من الإستجابة بصفة أكثر فعالية للعلاج المقدم له.

و على هذا الأساس ، فإننا نعتقد أن أنسب إطار يمكننا أن نتحدث فيه عن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، هو إطار النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ، باستخدام مفهومها الأساسي " الضغط " و " المقاومة " ( Stress and Coping ) . و سنحاول أن نبين نجاعة هذه النظرية في تفسير الفروق الفردية فيما يتعلق باستجابات المصابين بالمرض المزمن ، من خلال عرضنا لدراسة في هذا المجال .

## **(II) أهمية نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن :**

( The utility of stress and coping paradigm in explanation of differences in psychological adjustment to chronic illness )

بينت دراسة كل من (Palmore , and Luikart , 1972) ، و دراسة (Larson , 1978) ، أن هناك ارتباط بين الحالة الانفعالية الجيدة (Emotional well-being) للأشخاص المتقدمين في العمر ، و بين الصحة الجسدية (Physical health) هؤلاء . كما كشف الباحث (zarit.z. , 1980) في دراسة له حول الاضطرابات العقلية في مرحلة الشيخوخة ، ان التدهورات الصحية التي يعرفها الأشخاص في هذه المرحلة من العمر ، غالبا ما تكون الإصابة بأمراض مزمنة ، هي السبب المباشر في التعجيل بظهورها ، و أن تلك الأمراض المزمنة التي تؤدي إلى تدهور في

الصحة ، ما هي الإعبارة عن شكل تجريبي (Experimental form) للضغط النفسي الذي يكون الفرد عرضة له ، خلال مرحلتى العمر المتوسط و نهاية فترة الكهولة . و قد تبين أيضا من خلال نتائج دراسة (Zarit. Z. , 1980) هذه، بخصوص التدهورات الصحية الناجمة عن الإصابة بأمراض مزمنة ، أن هناك احتمال بأن يكون لتلك التدهورات الصحية أثر عميق على عملية التوافق السيكولوجي (Psychological adjustment).

و يعبر هذا الأثر الذي يظهر على عملية التوافق السيكولوجي عن ردود الأفعال التي يديها الأفراد ، إزاء إصابتهم بمعرض مزمن . و لا بد من الإشارة إلى الاختلاف الموجود في ردود أفعال الأشخاص ، اتجاه الإصابة بالمرض ، و هو الأمر الذي ارتكزت عليه أعمال (Lazarus , 1966, 1981, 1982)، إذ عبر (Lazarus) عن ردود الأفعال تلك بمصطلح "المقاومة" (coping) ، ليتكلم عن أهمية الفروق الفردية في الكيفية التي يدرك بها الأفراد ، الحادث مصدر الضغط (Stressful event) . و من بين المسلمات التي انطلق منها (Lazarus) في تأسيسه لنظريته الخاصة بمفهوم المقاومة ، هي أن الطريقة التي يعمل بها الفرد على تقدير (Appraisal) الوضعية مصدر الضغط هي التي تحدد أسلوبه في المقاومة ضد تلك الوضعية، و أن الاختلاف بين الأفراد في طرق تقديرهم لوضعيات الضغط التي يكونون عرضة لها ، يؤدي حتما إلى اختلاف و تنوع في الأساليب التي يلجأون إلى استعمالها للمقاومة ضد تلك الوضعيات ، و أن هذه الأنواع المختلفة و المتنوعة ، الخاصة بالسلوكات المقاومة (Coping Behaviors) ، تتحدد بعدة عوامل ، يلخصها (Lazarus) في ثلاثة عوامل هي:

- - المميزات أو السمات الشخصية (Personal Characteristics).
- - خصائص المحيط الاجتماعي (characteristics of social environment) .
- - طبيعة الضغط محل المواجهة (the nature of the stress) .

إن الافتراض الأساسي الذي تقوم عليه المفاهيم الأساسية لعملية المقاومة في نظرية الضغط و المقاومة للباحث (Lazarus) ، يتمثل في أن استراتيجيات هذه العملية ، من المحتمل أن يكون لها نتائج مختلفة عندما تستعمل للإستجابة إلى أنواع مختلفة من الوضعيات الضاغطة (Stressful Situations). و عليه فإن فعالية كل واحدة من هذه الإستراتيجيات تتوقف إلى حد كبير ، على مدى ملائمة (Appropriateness) هذه الأخيرة مع خصائص الضغط قيد المواجهة . و في هذا الخصوص بينت دراسة كل من (Pearlin and Schooler, 1978) ، أن استراتيجيات المقاومة تكمن فعاليتها الحقيقية في تخفيض حدة التوترات الإنفعالية (Reducing Emotional Distress) الناجمة عن الضغوطات التي تفرضها وضعيات معينة.

و قد أثبتت نظرية (Lazarus , 1966) المتعلقة بالضغط و المقاومة نجاعتها في تفسير الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن ، و هو الشيء الذي وضحته عدة دراسات ، من بينها دراسة (Felton, Revenson and Hinrichsen, 1984) التي دارت حول تقييم (Evaluation) فائدة أو نجاعة نظرية الضغط و المقاومة في شرح الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن . و سنتعرض فيما يلي بشيء من التفصيل لخطوات و نتائج هذه الدراسة.

#### - دراسة (Felton , Revenson and Hinrichsen , 1984)

• هدفها : (objective) : تهدف هذه الدراسة إلى تقييم فائدة نظرية الضغط و المقاومة (Evaluation of the utility of the stress and coping paradigm) في شرح اختلافات التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن بين المصابين به ، و ذلك باعتماد على المقارنة بين الأشخاص المصابين بواحد من أربعة أمراض مزمنة مختلفة ، وهي : ارتفاع ضغط الدم ، السكري ، أمراض الرئة المفصلية ، و سرطان الدم . و تهدف هذه الدراسة إلى تبيان أكثر أنواع استراتيجيات المقاومة فعالية في تفادي (in warding of) المضاعفات السيكولوجية السلبية للمرض (The negative psychological consequences of illness).

و تأخذ هذه الدراسة بعين الاعتبار و بصفة خاصة جدا خصائص المرض المزمن و التي تصدرها خاصية : "أخذ المسؤولية التامة في المراقبة الذاتية و الطبية للمرض" (The illness' amenability to medical and personal control) و هو الأمر الذي يستدعي وجود استراتيجيات خاصة في عملية المقاومة .

#### • - منهجها (The Methode) :

أ) العينة : صممت هذه الدراسة على أساس المقارنة بين أشخاص يعانون من واحد من بين الأمراض المزمنة الأربعة التالية :

- ارتفاع ضغط الدم (hypertention).

- مرض السكري (Diabetes mellitus).

- أمراض الرثية المفصالية (Rheumatoid arthritis).

- سرطان الدم (Systemic blood cancers).

و قد اختيرت هذه الأنواع الأربعة من الأمراض المزمنة، لكونها تشكل متصلا ثلاثي المستويات أو ثلاثي النقط (Three - Point Continuum) ، يتعلق بقابلية هذه الأمراض للمراقبة أو للضبط (Controllability) إذ يقع في النقطة الأولى من هذا المتصل ، مرض ارتفاع ضغط الدم (Hypertention) لكونه قابل إلى حد كبير للظبط و المراقبة ، و ذلك بفضل نجاعة الحمية الغذائية و العلاج الكيميائي ، اللذان يسمحان بتطور حسن لمسار العلاج . كما أن العملية العلاجية الخاصة بمرض ارتفاع ضغط الدم ، يمكن الإشراف عليها بصفة ذاتية من جهة ، و أن الإلتزام بالنظام العلاجي المحدد تقع مسؤوليته إلى حد بعيد على عاتق المريض نفسه.

و يقع مرض السكري في النقطة الثانية ، ليتوسط المتصل الثلاثي ، فمن خلال أعراض مرض السكري ، و التي عادة ما تستجيب ببطء للحمية الغذائية و الأدوية نجد أن مضاعفات المرض ، خاصة على مستوى جهاززي الدورة الدموية و الكللى ، لا يمكن التحكم في تطورها إلى حد كبير .

و تتمركز أمراض الرئية و سرطان الدم في النقطة الثالثة و الأخيرة من المتصل ، بسبب الصعوبات البالغة إن لم نقل الإستحالة في عملية التنبؤ بتطوراتها و في القابلية للاستجابة للعلاج المقدم.

تتكون العينة في هذه الدراسة من 170 فردا مصابا بواحد من بين الأمراض الأربعة السالفة الذكر ، من غير المقيمين بالمستشفى و ممن لا تقل أعمارهم عن الأربعين سنة (40) . و قد تم حصر أفراد العينة في خمسة عائلات أربع حسب المرض الذي يعانون منه.

-المجموعة الأولى ، و تشتمل على 38 مصابا بمرض ارتفاع ضغط الدم .

-المجموعة الثانية ، و تتكون من 44 مصابا بمرض السكري .

-المجموعة الثالثة ، و تضم 45 مصابا بأمراض الرئية المفصلية .

-المجموعة الرابعة و تشتمل من 42 مصابا بسرطانات الدم .

و قد قدر المعدل العام لمدة الإصابة بالمرض لكل أفراد العينة بـ 65 شهرا ، كما تم خلال مقابلة هؤلاء المرضى ، إلقاء بعض الأسئلة حول خصوصيات مرضهم ، و حول تفاصيل نظام العلاج المقدم لهم.

#### ب ( الاختبارات و المقاييس المستعملة :

تم في هذه الدراسة ، استخدام عدة اختبارات و مقاييس منها ، الطبية ، و منها النفسية ، و تمثلت هذه الاختبارات في:

• - التشخيص الطبي (Medical diagnostic) :

استعملت في هذه الدراسة معطيات التقرير الذاتي (Self-report data) للتأكد من أن ادراكات المرضى في العينة حول مرضهم ، تتطابق مع الخصائص الطبية لمرضهم ، و التي يتم الكشف عنها (الخصائص) بالرجوع إلى التشخيص الطبي الأولي الخاص بكل مرض من الأمراض الأربعة ، الواردة في الدراسة:

#### • - إختبارات المقاومة (Coping measures) :

اشتملت اختبارات المقاومة التي استعملت في هذه الدراسة على ستة 6 سلالم (6 Scales) تضم استراتيجيات المقاومة التي تم اشتقاقها من خلال التحليل العالمي (Factor analysis) الخمسة و خمسين (55) بنداً متعلّقا بأساليب المقاومة . 45 بنداً منها ، تم جلبها من "سلم طرق المقاومة" الذي وضعه الباحثان (Folkman and Lazarus , 1980) ، أما فيما يخص البنود العشرة (10) الباقية فقد تم اشتقاقها من عمل الباحثان (Pearlin and Schooler , 1978) حول بنية المقاومة (The Structure of Coping).

و قد طلب من أفراد العينة ، خلال تطبيق اختبارات المقاومة ، أن يحددوا الأسلوب الذي يلجؤون إليه عادة في استجاباتهم لمرضهم ، و ذلك من خلال الإشارة إلى واحدة من بين الإجابات الخمسة المتواجدة في سلم متدرج.

و السلالم الستة الخاصة باختبارات المقاومة المطبقة في هذه الدراسة هي :

#### أ) إعادة البناء المعرفي (Cognitive Restructuring) :

و يضم هذا السلم (13) بنداً ، تتعلق بجهود الفرد في إيجاد أوجه أو جوانب إيجابية لتجربة المرض (Individual effort of finding positive aspects of illness experience) و تعكس هذه الإستراتيجية الخاصة بإعادة البناء المعرفي ، الصورة التي يعيد بها الفرد من جديد ، تقديره المعرفي للمرض (Cognitive Reappraisal for the illness) الشيء الذي يجعل المرض يبدو أقل خطراً و تهديداً (less threatening) بالنسبة للمريض ، و أقل إزعاجاً لراحته الإنفعالية (less distressing) .

بـ) التعبير الانفعالي (Emotional expression) : في هذا السلم (8) بنود تصف الكيفية

التي يعبر بها الفرد عن توتره الانفعالي و تدمره من المرض.

جـ) الإعتقاد الرغبي الوهمي (wish-fulfilling fantasy) : يحتوي هذا السلم

سبعة (7) بنود ، تمثل الإستراتيجية التي تصف رغبة المريض الشديدة ، و المبالغ فيها في عمي زوال المرض .

و يشكل استعمال مثل هذه الإستراتيجية من طرف الفرد مخرجاً له من الضجر و الإنزعاج

الانفعالي (the emotional distress) الذي تشكله الإصابة بالمرض المزمن.

د) التوبيخ الذاتي (self-blame) : يشير استعمال هذه الإستراتيجية ذات البنود السبعة إلى

عدم تقبل الفرد للمرض كمشكل مزمن ، و يصاحب عدم التقبل هذا توبيخ المصاب لذاته ، بسبب عجزه

و شعوره بأنه أقل قيمة من غيره ، لكونه يعاني من تحديد في نشاطه .

هـ) البحث عن المعلومات (information seeking) : و تصف هذه الإستراتيجية المتكونة

من خمسة (5) بنود ، عملية البحث المتواصل للفرد المصاب عن كل المعلومات المتعلقة بمرضه ، و بنظامه

العلاجي.

و) التقليل من أهمية التهديد الذي يمارسه المرض (threat minimization) : و تضم هذه

الإستراتيجية (11) بنوداً ، يوفر استعمالها ، تجاوز حالة التوتر الانفعالي الذي يكون المرض مصدراً له ، من

خلال عدم المبالغة في تضخيم الخطر أو التهديد الذي يشكله المرض

• - اختبارات التوافق النفسي (psychological adjustment measures)

• استعملت في هذه الدراسة (4) مقاييس تتعلق بتقبل المرض (acceptance of illness)

بهدف قياس مدى التوافق النفسي مع المرض . و تضم هذه المقاييس الأربعة (11) بنوداً

. كما استعمل أيضاً اختبار آخر يتعلق بسلم التقدير الذاتي (self-esteem scale) ،

المتكون من عشرة (10) بنود بهدف تقييم شعور الفرد بقدرته و بقيمته و كفاءته.

### جد) مناقشة النتائج : (Discussion of results)

تشير نتائج هذه الدراسة التي يدور موضوعها حول فائدة نظرية الضغط و المقاومة في تفسير الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض المزمن و التي قام بها الباحثون (Felton , Reveson and Hinrichsen , 1984) إلى أن الفرق البسيط الموجود بين المرضى في مستوى التوافق السيكولوجي مع المرض ، يمكن شرحه أو تفسيره بالرجوع إلى طبيعة إستجابات المقاومة المستعملة من طرف الأفراد داخل العينة ، كما بينت نتائج هذه الدراسة أيضا أنه ليس هناك أساليب مقاومة خاصة بمرض دون الآخر من بين الأمراض الأربعة التي تناولتها هذه الدراسة . إذ يمكننا أن نجد نفس الأسلوب من المقاومة في أكثر من مرض من الأمراض الأربعة . الى جانب هذا ، فان الأمراض التي تناولتها هذه الدراسة تختلف من حيث تأثيرها على مظهرين اثنين من مظاهر التوافق السيكولوجي ، وهما التقدير الذاتي (self-esteem)، و تقبل المرض (acceptance of illness)، إذ تبين أن هناك فرق بين تأثير الأمراض الأربعة على هاتين العمليتين حيث وجد أن الأشخاص الذين يعانون من سرطانات الدم ، و الأشخاص الذين يعانون من أمراض الرئية المفصلية ، يظهرون تقديرا منخفضا للذات (low self-esteem) ، يرتبط بعدم تقبلهم للمرض (nonacceptance of illness). في حين أن الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بمرض السكري و المصابين بمرض ارتفاع ضغط الدم ، يظهرون مستوى أعلى في تقدير الذات (high level in self esteem) بالإضافة إلى تقبلهم للمرض . و ربما يرجع هذا الى كون هذين النوعين من الأمراض ، يتوفران على مستوى من القابلية للمراقبة و الضبط يفوق إلى حد ما مستوى قابلية أمراض الرئية المفصلية و سرطانات الدم ، للتحكم أو المراقبة.

و قد اتضح من خلال تحليل طبيعة العلاقات التي وجدت بين نتائج اختبارات التوافق و بين نتائج استراتيجيات المقاومة الخاصة بكل من الاعتقاد الرغي الوهمي (wish-fulfilling fantasy) ، أن استعمال مثل تلك الاستراتيجيات في المقاومة لا يسفر في مجمله ، عن نتائج إيجابية ، إذ أن اللجوء لاستخدام تلك الاستراتيجيات لا يقي الفرد من فقدان تقديره لذاته ، و لا يقوده إلى تقبل المرض كما أنه لا يحميه من الشعور بالحزن و الإكتئاب.



بشكل مختصر ، إن استخدام مثل تلك الإستراتيجيات من المقاومة التي تقوم على الإنفعال (Emotion-focused coping strategies)، يرتبط بوجود مستوى ضعيف من التوافق النفسي (ص. 889-898 ).

كخلاصة لعرضنا لهذه الدراسة ، نقول أنه يمكننا أن نلاحظ كيف استعملت مفاهيم نظرية الضغط و المقاومة ، و الافتراضات التي تقوم عليها هذه النظرية في تفسير الفروق الموجودة بين الأفراد في هذه العينة ، في عملية توافقهم مع المرض المزمن باعتبار أن المرض المزمن يشكل مصدر ضغط نفسي اجتماعي ، بسبب الصعوبات و المضاعفات التي يفرضها ، و بسبب طول مدته ، و صرامة العلاج الذي يتميز به . و في هذا الشأن ، سنحاول أن نشير في فقرة خاصة إلى الضغط النفسي الاجتماعي الذي تشكله الإصابة بمرض السكري لتعرض بعدها مباشرة إلى العوامل المؤثرة في الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية مع المرض (Adaptive psychological response to illness). و سنستعين في ذلك بعرض دراسة في هذا المجال.

### (III) الضغط النفسي الاجتماعي لمرض السكري :

(THE PSYCHOSOCIAL STRESS IN DIABETES):

إن معظم المشاكل التي يطرحها مرض السكري ، تتعلق بالمضاعفات (Complications) التي تنتج عن الإصابة به . الأمر الذي يستدعي من المصابين به ، اللجوء إلى عدة عمليات من المقاومة ، حتى يتمكنوا من التوصل إلى حالة التوافق مع المرض . و قد بين الباحث (Armstrong , 1987) في دراسة أجراها على المصابين بالسكري ، أن المعالجة أو التعامل الذاتي (Self- management) مع هذا المرض ، يشكل مصدرا للضغط نفسي معتبر (Considerable psychological stress) على المصابين به .

و في نفس الشأن أثبتت الدراسة التي قام بها (Wulsin et al . , 1987) ، أن التشخيص بوجود التهابات في شبكة العين (retinopathy) ، يمكن أن يقود إلى تغيرات في نماذج المراقبة الذاتية للمرض ، أو في مسار النظام العلاجي بعبارة أخرى .

و يدخل هذا التغير الذي يطرأ على مسار العلاج عند ظهور المضاعفات المتعلقة بمرض السكري في نطاق الغموض و عدم الاستقرار (Ambiguity and incertainly) ، وهما خاصيتان تفرضهما طبيعة مرض السكري ذاتهما . و قد توصل كل من (Davis , 1960 and Skeet , 1970) إلى نتيجة في هذا الصدد مفادها أن الغموض و عدم الاستقرار اللذان يشهدهما تطور مرض السكري يزيدان من درجة القلق و الضغط لدى المصابين به . و في نفس المجال دائما تشير نتائج دراسة (Strauss et al. , 1984) إلى أن التغيرات التدريجية (the gradual changes) التي تعرفها المراحل الأولى من المرض ، يمكن التنبؤ بها (may be predictable) ، لكن الشيء الذي لا يمكننا التأكد منه ، هو المدة التي تستغرقها تلك التغيرات ، و درجة الخطر الذي تشكله على مسار المرض .

و يتطلب العلاج المعقد لمرض السكري من المريض به ان يكون واعيا أشد الوعي و باستمرار بنظام العلاج و بشروطه ، و عليه فإن التوصل إلى نظام علاجي ناجح و فعال يكون مرتبطا عادة بعدة عوامل منها الخارجية و منها الداخلية ، أو بعبارة أخرى ، منها ما يتعلق بالفرد المريض ذاته ، و منها ما يتعلق بمحيطه ، مع الإشارة إلى أن العوامل الشخصية لها القسط الأكبر في التأثير بطريقة أو بأخرى على استجابات الفرد لنظام العلاج المقدم له ، و على مستوى تكيفه النفسي مع المرض .

## (IV) العوامل الشخصية التي تؤثر في الإستجابة الفيزيولوجية

### التكيفية مع مرض السكري :

(INDIVIDUAL FACTORS IN ADAPTIVE PHYSIOLOGICAL RESPONSE TO DIABETES) :

ما دام مرض السكري ، مرضا مزمنًا يشكل مصدرا للضغط النفسي الاجتماعي ، و هو مرض لا يمكن علاجه في مدة قصيرة و بصفة نهائية ، فإن الإهتمام بعملية مراقبة المرض من حيث خط سيره و من حيث مضاعفاته العديدة المعقدة ، أصبح يشكل هدفا للعديد من الباحثين المهتمين بهذا المجال ، و ذلك بدراسة أثار العوامل التي من الممكن أن تؤثر على الإستجابات التكيفية (Adaptive responses) مع المرض ، قصد التوصل إلى الكشف عن المؤشرات التنبؤية للتكيف الفيزيولوجي مع المرض (Predictors of physiological adjustment) و التي تدل على مدى استجابة الفرد المصاب للعلاج .

و سنعرض فيما يلي دراسة في هذا الموضوع ، أقامتها الباحثة (Pollock , 1989) استثمرت فيها معظم المتغيرات التي من شأنها أن تؤثر في الإستجابات التكيفية مع مرض السكري ، و قد توصلت (pollock) من خلال هذه الدراسة إلى تحديد عوامل الإستجابة الفيزيولوجية التكيفية للعلاج .

#### • دراسة ( Pollock , 1989 )

" انطلقت الباحثة في دراستها هذه من تصور نظري لنموذج التكيف مع مرض السكري (Conceptual model of adaptation to diabetes) الذي يستند إلى نظرية (Roy) للتكيف (Roy's adaptation theory , 1984). و قد استخدمت الباحثة ، انطلاقا من هذه النظرية أو من هذا النموذج متغيرات محددة هي :

-تقدير الضغط (stress appraisal).

-أنماط أو أساليب المقاومة (coping styles) .

-القدرة الشديدة على التحمل (hardiness) .

-التكيف الفيزيولوجي (physiological adaptation) .

[ هذه المتغيرات كما سبق و أن ذكرنا وردت في التصور النظري لنموذج التكيف المستند

إلى نظرية (Roy) حول التكيف ، و للمزيد من المعلومات حول هذه النظرية يمكن الرجوع إلى المرجع

المصدر [(Roy's adaptation theory , 1984) ] .

تهدف الباحثة (Pollok , 1989) من خلال هذه الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة

الموجودة بين مختلف تلك المتغيرات ، السالفة الذكر ، و ذلك من خلال الإجابة على عدة أسئلة طرحتها

في هذه الدراسة و هي :

- ما هي العلاقة بين تقديرات الضغط (stress appraisals) التي يضعها الأفراد فيما يخص

مرض السكري ، و بين نماذج المقاومة (coping patterns) التي يستعملونها ؟

- ما هي العلاقة بين تقديرات الضغط التي يصدرها المصابون بداء السكري بخصوص مرضهم ،

و بين قدرتهم على التحمل (their hardiness) ؟

- ما هي العلاقة بين قدرة المصابين بالسكري على تحمل مرضهم ، و بين نماذج المقاومة

(coping patterns) التي يستخدمونها ؟

- ما هي العلاقة بين قدرة تحمل المرضى بالسكري لمرضهم و بين تكيفهم الفيزيولوجي

(physiological adjustment) مع المرض ؟

#### أ) الطريقة : (Methode):

استخدمت الباحثة (Pollock) في دراستها هذه بالإضافة إلى تقنية المقابلة ، استبيان الضغط (stress questionnaire) قائمة طرق المقاومة التي تمت مراجعتها في 1986 (revised ways of coping checklist) من طرف كل من Folkman Lazarus , Dunkel , Schetter , DeLongis & Gruen) ، سلم التكيف الفيزيولوجي مع مرض السكري الذي وضعته الباحثة (Pollock, 1984) ذاتها (physiological adaptation to diabetes scalcs) وأخيراً سلم التحمل المتعلق بالمرض (the health related hardiness scale) و هو الآخر من وضع الباحثة (Pollock, 1984) .

كما تم أيضاً جمع المعطيات و المعلومات الديموغرافية (demographic informations) الخاصة بالعينة قيد الدراسة و التي بلغ عدد أفرادها (30) فرداً ، بمعدل عمري قدره (40,1) سنة . و في الاستبيان الخاص بقياس الضغط (stress questionnaire) طلب من أفراد العينة تحديد نوع استجابتهم الانفعالية إزاء كل بند من بنود الاستبيان الخمسة عشر (15) ، و ذلك بوضع علامة أمام رقم واحد من بين الأرقام الأربعة الموجودة في الاستبيان و المتعلقة بالاستجابات الانفعالية المحتملة بخصوص كل بند من بنود الاستبيان .

و قد صنفست الاستجابات الانفعالية في هذا الاستبيان في مجموعتين من الانفعالات : مجموعة انفعالات توقع التهديد و الاعتراض (anticipatory category of threat and challenge) و مجموعة انفعالات الضرر مع توفر المساعدة (outcome category of harm and benefit).

أما قائمة طرق المقاومة التي تمت مراجعتها من طرف (Folkman et al. 1986) فإنها تحتوي على (68) بندا موزعة على ثمانية (8) سلال (Scales) يتعلق السلم الأول منها بالبنود التي تركز على المشكل (Problem - focused items) ويرمز لها بـ (P.scales) وتضم السلال الستة الموالية البنود التي تركز على الإنفعال (Emotion-focused scales) ويرمز لها بـ (E.scales). أما السلم الثامن والأخير ، فإنه يحتوي على البنود التي تركز على كل من المشكل والإنفعال في ذات الوقت (Emotion- and problem-focused items) ويرمز لها بـ (P.E. scales).

و بخصوص السلم الذي يختبر القدرة على تحمل المرض (the health related hardiness scale) ، فإنه يضم ثلاثة سلال تحتية (3 Subscales) لقياس المراقبة (control) ، الالتزام (commitment) ، والإعراض (challenge). وتضم هذه السلال التحتية في مجملها (48) بندا ، يجيب عنها الفرد من خلال اختياره لواحدة من الإجابات النموذجية الست (6) المحتملة و المرقمنة من (0-5).

أما السلم التكيف الفيزيولوجي مع مرض السكري (Physiological adaptation to diabetes scale) ، والذي يقيس الاستجابات الفيزيولوجية التكيفية مع مرض السكري ، فإنه يتكون من سبعة مقاييس مرجعية ، هي المؤشر لعملية المراقبة الفيزيولوجية للمرض ، وهذه كلها مقاييس بيوكيميائية (Biochemical) ، وطبية محضة . وقد تم الاعتماد في تطبيق هذا الاختبار و تسجيل نتائجه على مساعدة الأطباء و المرضى .

## ب ( عرض النتائج و مناقشتها :

بعد تطبيق مجموعة الاختبارات المستعملة في هذه الدراسة ، جمعت النتائج ، و تم تحليلها بالإستعانة بمعاملات بيرسون للإرتباط (Pearson correlations) لتحديد العلاقات المتواجدة بين المتغيرات الأربعة السابق ذكرها (تقديرات الضغط ، نماذج المقاومة ، القدرة على تحمل المرض، و التكيف الفيزيولوجي مع المرض) . و قد دلت معاملات الإرتباط فيما يخص العلاقة بين تقديرات الضغط الخاص بمرض السكري و بين نماذج المقاومة ، أن هناك ارتباط ذو دلالة ( Significant correlation ) بين نماذج المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion - Focused Coping) و بين تقدير التهديد و الاعتراض (Appraisal of threat and challenge). إذ قدر معامل ارتباط بيرسون بـ : ( $r=0,61$  ,  $P<0,001$ ) . معنى ذلك أن الأشخاص الذين يتصورون مرضهم كتهديد أو كاعتراض (as a threat or as a challenge) يزداد لديهم احتمال استعمال استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال (Emotion-focused coping strategies) .

كما تبين من خلال تحليل نتائج معامل بيرسون للإرتباط ، بأنه ليس هناك علاقة حقيقية بين مجموعة تقديرات الضرر و المساعدة (outcome category of harm and benefit) ، و بين نماذج المقاومة (coping patterns).

أما فيما يخص العلاقة بين تقديرات الضغط و بين القدرة على التحمل (stress appraisals and hardiness) ، العلاقة بين القدرة على التحمل و نماذج المقاومة (hardiness and coping patterns)، و العلاقة بين القدرة على التحمل و التكيف الفيزيولوجي (hardiness and physiological adaptation)، فإن تحليل نتائج معاملات بيرسون للإرتباط ،

بينت أن :

أ) هناك ارتباط فعلي بين تقديرات وجود الخطر مع توفر عامل المساعدة (harm and benefit) و بين القدرة على التحمل (hardiness) ، إذ قدر معامل ارتباط بيرسون بـ ( $r = 0,49$  ،  $P < 0,05$ ) ، وهذا يعني أن الأشخاص الذين يتميزون بقدرة شديدة على التحمل ، يرون المرض أو يدركونه كعامل مسبب للضرر أو الأذى أو كعامل يوفر لهم المساعدة من طرف الآخرين (harmful or beneficial factor) ، بدلا من أن يرونه (المرض) كحادث يشكل مصدر تهديد أو اعتراض بالنسبة لهم (a threat or challenge event).

ب) ليس هناك ارتباط حقيقي بين مجموعة التقديرات المتوقعة (anticipatory appraisals) ، و بين القدرة على التحمل (hardiness) .

ج) هناك ارتباط سالب و ذو دلالة بين استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال ، و بين القدرة على التحمل (Emotion-focused coping strategies and hardiness) ، ( $P < 0,05$  ،  $r = - 0,44$ ) . وهذا يدل على أن الأشخاص الذين يتميزون بالقدرة على تحمل مرضهم ، لا يستعملون استراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال .

د) ليس هناك ارتباط فعلي بين القدرة على التحمل و بين استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (hardiness and problem-focused strategies) .

هـ) هناك ارتباط حقيقي بين التكيف الفيزيولوجي و بين القدرة على تحمل المرض (physiological adaptation and hardiness) . إذ قدر معامل بيرسون للارتباط بـ ( $r = 0,42$  ،  $P < 0,05$ ) . بمعنى أن الأشخاص الذين لديهم قدرة على تحمل المرض ، يبدون تكيفا فيزيولوجيا معه.



\* من خلال تحليل نتائج هذه الدراسة ، يلاحظ أن ظهور خاصية القدرة على التحمل (hardiness) لدى الأفراد المصابين بالسكري مرتبط من جهة بتقدير مرض السكري على أنه إما عامل مسبب للأذى والضرر ، وإما على أنه عامل يتيح للمصاب به فرصة لتلقي المساعدة من طرف الآخرين . وباستعمال استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (problem-focused coping strategies) من جهة أخرى . كما يتضح أيضا من خلال هذه النتائج ، أن التكيف الفيزيولوجي مع المرض مرتبط بعامل القدرة على التحمل . و أن الارتباط الموجود بين عامل القدرة على تحمل المرض ، وبين التقدير المعرفي للأذى (cognitive appraisal of harm) ، وبين استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل من ناحية أخرى ، يشير إلى أن عامل القدرة على تحمل المرض ( وهو عامل من بين العوامل الشخصية المؤثرة في التكيف الفيزيولوجي مع المرض) يمكن أن يكون عبارة عن ميزة شخصية (pesonal characteristic) ، تتوسط (mediate) كلا من متغيري التقدير المعرفي (cognitive appraisal) والمقاومة (coping) ، وأن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض (و المتمثلة في عملية تقديراته للضغط الناجم عن تلك الوضعية) ، والطريقة التي يتعامل بها مع هذه الوضعية (استراتيجيات المقاومة) هما متغيران لهما أهميتهما في التنبؤ بالتكيف مع المرض المزمن ، و في التنبؤ بمدى الاستجابة الفيزيولوجية للعلاج المقدم " (ص.265-273) .

و تبعا لما جاء من نتائج في دراسة (Pollock , 1989) حول تأثير العوامل الشخصية و دورها في تحسين الاستجابة الفيزيولوجية للعلاج من خلال استعمال استراتيجيات مقاومة محددة ، و من خلال تقدير محدد للضغط ، أو بعبارة أخرى من خلال تصور معرفي خاص لوضعية المرض ، هناك نتائج دراسة (Jacobson et al. , 1985) التي اقيمت حول المضاعفات الناجمة عن مرض السكري ، و بصفة خاصة ما يتعلق منها بالتهابات شبكية العين (retinopathy) ، و التي دلت نتائجها على ان المصابين بالسكري ، يحرصون على الالتزام الذاتي بنظام العلاج ، و يسعون إلى محاولة المراقبة الذاتية لمرضهم عندما يدركون أنه يمكنهم المعالجة التدريجية لتلك المضاعفات المتعلقة بالجهاز البصري ، انطلاقا من التعامل الجيد مع المرض و المواظبة الحسنة و المستمرة على شروط العلاج .

و قد أشار (Wulsin et al ., 1987) إلى أهمية عامل النجاح في المراقبة الذاتية للمريض ، في عملية المقاومة ضد المضاعفات ذات المدى الطويل (long-term complications) التي تنجم عن داء السكري . إذ تبين أن التجربة الفاشلة في ممارسة المراقبة الذاتية (self-control) على المريض ، يمكن أن تكون مصدرا لحالات اليأس والإحباط ، في حين أن الأشخاص الذين يتمكنون من الحفاظ على عملية المراقبة الذاتية اتجه مرضهم ، يمكن أن يشكل ذلك بالنسبة لهم مصدرا للأمل (a source of hope) عندما يتعلق الأمر بوجود مضاعفات ذات مدى طويل(long - term complication) .

في نفس المحور ، و قصد التوصل إلى الكشف عن دور عملية المقاومة في التعامل مع مضاعفات مرض السكري ، أقامت الباحثة (Ternulffy - nyhlin , 1990) دراسة ، توصلت من خلالها إلى أهمية استراتيجيات المقاومة ، و دورها الفعال في مواجهة الصعوبات المرتبطة بمضاعفات مرض السكري ذات المدى البعيد .

و للكشف عن دور المقاومة في تخفيف الضغط النفسي و كذلك دورها في التوافق النفسي مع مرض السكري ، أقيمت عدة دراسات و بحوث ، سنحاول التعرض إلى بعضها فيما يلي :

## **(V) دور استراتيجيات المقاومة في تخفيف الضغط النفسي و في التوافق النفسي :**

(THE ROLE OF COPING STRATEGIES IN STRESS BUFFERING AND PSYCHOLOGICAL ADJUSTEMENT) :

وجد كل من (Halford , Cuddihy , Mortimer , 1990) ، في دراسة خاصة بعلاقة الضغط النفسي (psychological stress) بتنظيم أو بضبط نسبة السكر في الدم عند الأشخاص المصابين بمرض السكري ، أن إستجابات هؤلاء المصابين لتأثيرات عامل الضغط النفسي المزمن الذي يمارسه المريض عليهم ، تختلف من مصاب لآخر ، إذ أنه من بين المصابين من يستجيب لذلك

الضغط بزيادة في مستوى أو معدل نسبة السكر في الدم ، و منهم من يظهر لديه انخفاض في معدل السكر في الدم ، في حين أن البعض الآخر ، لا يبدى أي تغير في مستوى نسبة السكر في الدم عند مواجهة ذلك الضغط .

و بهدف الكشف عن الأسباب أو العوامل التي تقع وراء هذه الاختلافات أو هذه الفروق في الإستجابة للضغط النفسي لدى المصابين بالسكري و علاقتها بتنظيم نسبة السكر في الدم ، قام الباحثون (Gronder - Frederick , Carter , Cox , Clarke , 1990) بدراسة حول هذا الموضوع ، فتوصلوا إلى أن هناك احتمال بأن تكون أساليب المقاومة (coping styles) وراء تلك الفروق في الإستجابة للضغط النفسي .

غير أنه لم يتوفر لحد الآن ، عدد كافٍ من الدراسات التي اهتمت بالبحث في صحة الفرضية التي ترى بأن أساليب المقاومة يمكنها أن تحمي الأفراد من آثار الضغط النفسي المزمن ، خاصة في فئة الراشدين . و من بين هذا العدد القليل من الدراسات ، نجد دراسة كل من (Cohen , and Wills, 1985) التي حاولت أن تكشف عن حدة الضغط النفسي و عن زيادته ، و كيف أن الزيادة أو الانخفاض في مستوى الضغط النفسي ، يؤدي بدوره إلى انخفاض أو زيادة في مستويات السكر في الدم .

دراسة أخرى للباحثين (Peyrot , Mc Murry , 1992) حاولت أن تستثمر نفس الفرضية القائلة بدور أساليب المقاومة في تخفيف مستوى الضغط و التأثير في عملية تنظيم نسبة السكر في الدم لدى المصابين بمرض السكري . و قد انطلقت هذه الدراسة من افتراض أن العلاقة بين الضغط و التنظيم الإقلابي (metabolic control) تتوقف على أساليب المقاومة الفردية (Individual's coping styles) المستعملة في مواجهة الضغط .

و سنعرض فيما يلي خطوات هذه الدراسة و نتائجها بشكل مختصر ، حتى يتضح أكثر دور المقاومة في تخفيض مستوى الضغط النفسي .

• - دراسة : (Peyrot , Mc Murry , 1992)

" أ ) هدف الدراسة : صممت هذه الدراسة لاختبار صحة الفرضية التي ترى أن الضغط النفسي الاجتماعي (psychosocial stress) يرتبط بالمراقبة الضعيفة لنسبة السكر في الدم (the worse glycemic control) وأن المقاومة (coping) ، تساهم في تحسين عملية المراقبة تلك ، بفضل دورها في تخفيض مستوى الضغط .

ب ) الطريقة . طبقت هذه الدراسة على عينة ، تتكون من (105) مصاب بمرض السكري ، من تفوق أعمارهم الثلاثين (30) سنة .

و قد استعمل الباحثان في هذه الدراسة ، عدة اختبارات منها ما يتعلق بالضغط ، و منها ما يتعلق بالمقاومة ، و منها ما يخص قياس نسبة الهيموجلوبين في الدم (HbA1) (اذ تمثل نسبة HbA1 في الدم المؤشر الرئيسي لسير عملية الأيض) (metabolic control).

و قد اشتملت الاختبارات الخاصة بالضغط السيكولوجي على نوعين من المقاييس هما : الصورة المصغرة لسلم الضغط الملاحظ (the short form of percieved stress scale) لـ (1983 , mermelstein , kamarak , cohen) و السلم الخاص بقياس الضغط الذي وضعه (1981 , lazarus , schaffer , coyne , kanner) . أما فيما يخص الاختبارات التي تقيس المقاومة ، فقد استعمل الباحثان في هذه الدراسة ، اختبارا من وضعهما ، يقيس مدى التوافق لدى المصابين بالسكري مع مرضهم . و قد تم وضع هذا الاختبار خلال دراسة أقامها هذان الباحثان (1985 , Mc Murry , Peyrot) حول أثر العوامل النفسية الاجتماعية على عملية مراقبة الأيض (metabolic control) عند المصابين بالسكري . و يقيس اختبار (Peyrot (1985 , Mc Murry) حول أساليب المقاومة ، لدى المصابين بالسكري ستة انواع من أساليب المقاومة هي :

- أسلوب يركز على المشكل (problem-focused coping style) و يتعلق بخاصية

البراغماتية (pragmatism) .

- أسلوب المقاومة الذي يفيد التجنب (avoidance coping style) و يتمثل

في الإنكار (denial) .

- أسلوب المقاومة الذي يفيد الطبطب الإنفعالي (emotional control coping style) و

هو مذهب فلسفي يعني الرزانة أمام المؤثرات الإنفعالية ، و التحكم في المشاعر .

و أخيرا ، ثلاثة أساليب يؤدي استعمالها إلى إثارة الإنفعالية

( Emotional Arowsal Aoping Atyle ) كالقلق ، قلة الصبر و الإحتمال ، و الغضب

(Anxiety; Impatience , and Anger).

مع الإشارة إلى أنه قد تم إثبات توفر هذا الاختبار على عامل الثبات

الداخلي (Internal consistency) بين بنوده.

كما نشير أيضا إلى أنه قد تم استعمال مصطلح "مقاومة غير

فعالة" (ineffective coping) في هذه الدراسة ، للإشارة إلى حالة الضعف في المراقبة الإقلابية

(metabolic control) الناجمة عن عجز أساليب المقاومة في تخفيض حدة الضغط.

(ج) عرض نتائج الدراسة و تحليلها : بعد تطبيق الاختبارات و استخلاص النتائج ، استعمل

الباحثان (Peyrot , Mc Murry , 1992) في هذه الدراسة ، معامل بيرسون للإرتباط لتحليل هذه

النتائج ، و لدراسة العلاقة بين نتائج أقسام كل اختبار على حدة ، ثم بين نتائج كل اختبار و آخر . و قد

دلت نتائج معاملات الإرتباط التي استعملت لدراسة العلاقة بين مقاييس اختبار المقاومة ، أن هناك إرتباطات

موجبة تتراوح بين ( $r = 0,35$  to  $0,44$  ,  $P < 0,001$ ) بين أساليب المقاومة الثلاثة التي ينتج عن استعمالها

حادث إثارة انفعالية (Emotional Arowsal Coping Styles) ، و المتمثلة في

(الغضب عدم القدرة على الصبر و الإحتمال ، و القلق) . و أن هناك ارتباطات سالبة تتراوح بين ( $r = - 0,19$  to  $-0,28$  ;  $P < 0,025$ ) بين الأسلوب الذي يركز على المشكل و الذي يخص البراجماتية (pragmatism) ، و بين كل من الغضب ، القلق ، و قلة الصبر و الإحتمال . كما دلت معاملات الارتباط أيضا ، أن مستويات الضغط العالي ، ترتبط ارتباطا موجبا ( $r = 0,20$  ,  $p < 0,05$ ) بالمستويات العالية لنسبة (HbA1) الشيء الذي يشير إلى ضعف في مراقبة السكر في الدم عندما يتعلق الأمر بأساليب مقاومة غير فعالة (ineffective coping styles) كما هو الحال بالنسبة للأشخاص الذين يبدون بكثرة ، مشاعر الغضب ، و لا يتميزون كثيرا بالتحكم في مشاعرهم.

و قد تبين من خلال تحليل نتائج هذه الدراسة ، أن المستويات المرتفعة من الضغط (higher levels of stress) ، يرتبط وجودها بالنسب المرتفعة لمعدل السكر في الدم (higher glycemic levels) لدى الأفراد الذين لا تتوفر عملية المقاومة لديهم بالفعالية في مواجهة الضغط.

بالمقابل اتضح أن عملية مراقبة نسبة السكر في الدم (glycemic control) لا تتأثر بمستوى أو بدرجة الضغط النفسي عندما يتعلق الأمر بأشخاص يتوفرون على أساليب مقاومة أكثر فعالية في مواجهة ذلك الضغط . و قد تبين بالإضافة إلى ذلك أن هناك نوعين من الإنفعالات الموجهة من طرف المقاومة ، و هما الأثر الأكبر على الإستجابة للضغط حسب نتائج هذه الدراسة و هما (الإنفعالات) : الغضب ، و الرزانة الإنفعالية ، أو التحكم في المشاعر (anger and stress) بحيث يؤدي استعمال أسلوب التحكم في المشاعر (stoicism) إلى عدم الإستجابة الإنفعالية للوضعيات الضاغطة ( و قد لوحظ من خلال نتائج هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يتميزون بهذا الأسلوب الإنفعالي ، لا تتأثر عملية مراقبة نسبة السكر في الدم لديهم ، بعامل الضغط النفسي ، على عكس أولئك الذين لا يتميزون بهذه الصفة ، أو لا يلجؤون إليها إلا في القليل من الأحيان) .

أما فيما يخص الغضب ، فقد تبين في هذه الدراسة أن الأشخاص الذين يستجيبون بإبداء مشاعر الغضب أمام الحوادث و الوضعية التي تشكل مصدر ضغط نفسي بالنسبة لهم ، يزيد معدل الارتباط الموجب لديهم ، بين عامل الضغط النفسي ، و بين عامل التحكم في نسبة السكر في الدم . إذ ترتفع نسبة السكر في الدم عندهم ، كلما ارتفع معدل أو مستوى الضغط.

و يمكن أن يستخلص من كل هذه النتائج ، أن أساليب المقاومة (coping styles) يمكن لها أن تلعب دورا فعالا في الحماية ضد الضغط المزمن ، و أن غيابها يمكن أن يجعل الأشخاص أكثر عرضة لتأثيرات الضغط (more vulnerable to stress) . ( 842 - 846 ) .

و في ختام هذه الدراسة ، يشير صاحبها (Peyrot , Mc Murry , 1992) إلى أن نتائجها تفتح المجال أمام بحوث و دراسات مستقبلية أخرى في هذا الموضوع ، قصد توضيح أكثر دقة فيما يخص العلاقة بين عمل المقاومة و بين تخفيض درجة الضغط النفسي الاجتماعي المزمن ، و دور المقاومة في التوافق النفسي مع هذا الضغط.

و على ذكر دور المقاومة في التوافق النفسي مع المرض المزمن ، ننشير إلى أننا سنخصص الجزء التطبيقي من بحثنا هذا لإختبار الفرضية التي ترى بأهمية دور المقاومة في عملية التوافق النفسي مع مرض السكري ، كما سنحاول أيضا أن نخضع عينة بحثنا هذا إلى طريقة علاجية ، تستقي جذورها من المنظور المعرفي ، بهدف تقديم كفالة نفسية للمصابين بالسكري ، تمكنهم من التوافق النفسي مع مرضهم المزمن ، و تعطيتهم فرصة أفضل لاستجابة أفضل للعلاج الطبي المقدم لهم.

و سنحاول من خلال النتائج المتحصل عليها أن نقيم (evaluate) فعالية نموذج العلاج المعرفي في توفير دعم سيكولوجي للمصابين بالسكري . لكن قبل ذلك ، سنخصص فصلا ، نتعرض فيه لمختلف تناولات العلاج و أشهرها ، حتى نصل إلى النموذج المعرفي في العلاج .

الفصل السادس

”تناولات العلم“



## مقدمة :

ستعرض في هذا الفصل الخاص بالتناولات العلاجية ، إلى أشهر و أكثر النماذج العلاجية شيوعا و التي نخصرها في ثلاثة نماذج أساسية ، حاولت أن تصل إلى إيجاد طريقة علاجية منظمة بمستوى معين من الفاعلية . هذه النماذج العلاجية الثلاث هي : التحليل النفسي ، النموذج السلوكي ، و النموذج المعرفي . و سنحاول أن نعرض ، المنطلقات النظرية التي ينطلق منها كل نموذج من هذه النماذج . الى جانب اهدافه العلاجية ، والطرق التي يستخدمها لتحقيق تلك الاهداف .

ولا ننسى ان نشير هنا الى ملاحظة هامة ،وهي ان بحثنا هذا ينطلق من خلفية نظرية معرفية في تفسير المفاهيم والمتغيرات الواردة فيه ،والمعلقة بكل من الضغط ،المقاومة ،والتقدير المعرفي . وماتناولنا لاشهر النماذج العلاجية في هذا الفصل ،سوى خطوة منهجية ارتئيناها ضرورية للوصول الى الحديث عن النموذج المعرفي الذي تدور في سياقه اشكالية هذا البحث . اذ نعتقد انه من خلال عرضنا للنموذجين الآخرين ( التحليل النفسي والنموذج السلوكي ) ، ستمكن من مقارنة هذه النماذج و طرقها العلاجية ، بطرق النموذج المعرفي العلاجية ، حتى و لو كانت تلك المقارنة ضمنية . و فيما يلي عرض لكل تناول علاجي على حدة .

## ١- تناول التحليل النفسي للعلاج (العلاج الدينامي) :

(DYNAMIC APPROACH):

### ١) النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي :

" أسس (Freud. S , 1856 - 1939) نظريته الكلاسيكية في التحليل النفسي (classical psychoanalytic theory)، انطلاقاً من خبراته و تجاربه في علاج مرضاه . و تتميز نظريته هذه بافتراض أساسي أطلق عليه (Freud) اسم " الحتمية النفسية" (psychic determinism) و التي يقصد بها ، أن سلوك الفرد يتحدد بعوامل نفسية داخلية (intrapsychic factors) ، و أخرى متعلقة بالعلاقات بين الأشخاص (interpersonal factors). كما يعتقد (Freud) أن سلوكيات الأفراد ، توجهها حاجة هؤلاء إلى إشباع حاجاتهم البيولوجية و الغريزية ، و لهذا فإن السلوك من وجهة نظر (Freud) ليس عشوائياً (not random) ، بل هو محدد بالتجارب الماضية للفرد ° (Hansen,Stevie,Warner,1982, p.28) .

و يقول (wachtel , 1977) عن نظرية التحليل النفسي : " بالنسبة لوجهة النظر هذه ، يتضح أن شخصية الراشد و نمط حياته ، ليسا سوى نتائج حتمية (inevitable results) لأشياء على قدر كبير من الأهمية ، حدثت منذ سنوات من قبل" (ص . 22).

و "يعتقد (Freud) في نظرياته الخاصة بالنمو الغير سوي للشخصية (abnormal personality development) ، أن أسباب هذه اللاسوية التي تظهر في الاضطرابات السلوكية ، تعود في الأصل إلى خلل في التوازن الدينامي الداخلي . (internal dynamic equilibrium) . هذا الخلل في حد ذاته ، يرجع إلى احتماليين أساسين هما :

1- العجز أو قلة الفعالية في النشاط بين عناصر الجهاز النفسي (الأنا ، الهو ، و الأنا الأعلى )  
(ineffective dynamics among the ego , id and superego) حيث يفشل الجهاز النفسي في إقامة التوازن بين عناصره الثلاث ، محل الصراع الموجود بينها ، و الذي بدأ منذ مرحلة مبكرة من الحياة ، ليستمر فيما بعد.

2- عدم ملائمة السلوكات التي يتعلمها الفرد في طفولته (inappropriate childhood learning). إذ يعتقد (Freud) أن السلوك يتعلم أو يكتسب ، إما من أجل تصريف الطاقة السيكلوجية (psychological energy) ، و عندها يصبح ذلك السلوك مقبولا اجتماعيا ، واما من أجل مراقبة السير (drives) التي يمكنها توفير الشعور بالرضى و الإشباع ، و لكنها في الوقت ذاته تحمل تعارضا شديدا مع ما يمل به المجتمع من قيم ، الشيء الذي ينجم عنه صراع بين الرغبة في الإقدام أو المباشرة في السلوك و بين الإحجام عنه بدافع من الخوف من عقاب القوى الخارجية التي تكبح تلك الرغبة ، و تعارض مثل ذلك السلوك . عندها تظهر علامات القلق (anxiety) ، لتشير إلى وجود اضطراب نفسي.

## (2) أهداف العلاج في التحليل النفسي :

انطلاقا من الافتراض الذي تقوم عليه نظرية (Freud) للتحليل النفسي فإن أهداف العلاج في هذه النظرية تنسوق إلى استخراج الرغبات المكبوتة التي تشكل مصدر القلق ، من مستوى اللاشعور (inconscious level) و جلبها إلى مستوى الشعور ((The conscious level) ، و هو الشيء الذي يتيح للأفراد الذين يخضعون لمثل هذا العلاج ، فرصة المواجهة المباشرة للوضعية التي عجزوا عن مقاومتها فيما مضى ، و ذلك بالتعبير الصريح و دون خوف أو إحراج عن الأفكار و المشاعر المكبوتة . و كل ذلك يتم عن طريق استخدام تقنيات معينة في العلاج . .

### (3) التقنيات المستعملة في العلاج في التحليل النفسي :

يستخدم المحلل النفسي للوصول إلى الهدف المنشود ، تقنيات علاجية أساسية محددة تتمثل في ..

- - التداعي الحر (Free association) : و يقصد بها ، الكشف عن كل الأفكار التي تدور في ذهن العميل أو تخطر بباله ، و التعبير عنها شفويا و كما هي ، مهما كان مستواها من البساطة .

- - التحويل : (transference) : و هي تقنية جد معقدة ، تقوم على توجيه العميل لمشارعه و انفعالاته نحو المعالج ليسقطها عليه ، اعتقادا منه ، بأن المعالج أو المحلل النفسي هو الموضوع الأصلي المسبب لتلك المشاعر . و يؤكد (Freud) على الأهمية القصوى لعملية التحويل ، لأنها في نظره هي التي تجعل العميل يعمل انطلاقا من الصراع الأصلي ، مصدر الإضطراب النفسي .

- - التأويل : (interpretation) : يستعمل المحلل النفسي تقنية التأويل لمساعدة العميل على فهم ما يحدث له ، بنوع من التعقلن (intellectualization) و ذلك بالربط بين مواضيع الإضطراب ، و شرح أسبابها . و من خلال عملية التأويل هذه ، يعمل المحلل النفسي على إعادة العميل خطوة خطوة نحو الواقع الخارجي ، بالإعتماد على التقنيتين السابقتين المتمثلتين في التداعي الحر ، و التحويل ."

(Hansen Stevie , Warner , 1982, P.35-36).

#### (4) النماذج الحديثة في التحليل النفسي :

طورت النماذج الحديثة في التحليل النفسي ، انطلاقاً من النظرية الكلاسيكية للتحليل النفسي ، إذ أن التركيز فيها لم يصبح قائماً على الاهتمام بالكشف عن الرغبات الطفلية و المخاوف المكبوتة التي تؤثر بصفة لا واعية في حياة الراشد ، و لكن مجال الاهتمام توسع أكثر للبحث في الكيفية التي تعمل بها الصراعات الطفولية (childhood conflicts) و الدفاعات (defenses) في توجيه سلوكيات الراشد ، و كيف أن طرق المقاومة الغير فعالة ، تنشأ في مرحلة مبكرة ، ليتواصل عملها فيما بعد ، و تظهر باستمرار في السلوكيات الحاضرة للفرد.

و عليه ، فإن هدف العلاج الذي ترمي إليه التناولات الديناميكية المنبثقة عن تناول التحليل النفسي للعلاج ، يتمثل في التوصل إلى مساعدة العميل على اكتشاف أصول المقاومة الضعيفة لديه و مواطنها ، و السعي إلى اكتساب أساليب أكثر فعالية في عملية المقاومة.

هذا التحول في أهداف العلاج في النموذج التحليلي و الذي جاءت به النماذج التحليلية الحديثة (التناولات الديناميكية ) نشأ عن انتقال الاهتمام من التركيز على العمليات النفسية الداخلية الصرفة (purely intrapsychic processes) إلى التركيز على مجرى آخر ، بالأخذ بعين الاعتبار التفاعل بين الفرد و بين ما تفرضه عليه بيئته الاجتماعية من متطلبات .

و يرى (Watchel , 1977) بخصوص هذه التناولات الديناميكية للعلاج أنها تنظر إلى الشخصية على أنها جهاز منظم (an organized system) تعمل أقسامه في شكل ترابطي . كما أن الاعتقاد السائد في هذه التناولات هو أن فردية الأشخاص (the person's individuality) يتوقع أن تكشف عن نفسها ضمن فئة معينة من الوضعيات المختلفة ،

و من هنا جاءت فكرة هذه التناولات الدينامية ، بوجود ثبات و عمومية في نشاط الشخصية.  
(consistency and generality in personality functioning). فإذا ما حدث و أن أظهر  
الشخص سلوكات غير متناسقة (inconsistent) ، فإن المحلل النفسي يتجه بالبحث الى الكشف عن  
العناصر التنظيمية القاعدية للبنية النفسية لذلك الفرد ، بهدف التوصل إلى بؤرة (focus) الصراع الذي  
يعتقد المحلل النفسي أنه وراء تلك السلوكات اللامتناسقة.

و تشكل فكرة ثبات البنية النفسية ، النقطة الجوهرية التي يختلف فيها  
العلاج في التناولات الديناميكية (dynamic approaches) عنه في التناولات السلوكية  
(behavioral approaches). إذ يميل العلاج السلوكي نحو الإهتمام بخصوصية السلوك  
أو نوعيته (specificity in behavior) ، انطلاقاً من اعتقاده بالإستقلالية  
النسبية (relative independance) للإستجابات المختلفة للفرد . و لهذا فإننا نراه (العلاج السلوكي)  
يهتم بالتركيز على الكيفية التي يؤثر بها مشير ما على سلوكات الفرد .

## (II) التناول السلوكي : (BEHAVIORAL APPROACH)

### (أ) الافتراضات التي ينطلق منها التناول السلوكي

ينطلق التناول السلوكي من افتراض أساسي مفاده أن البيئة ، هي المحدد القاعدي للسلوك  
(the sole determiner of behavior) و أن السلوكات ما هي إلا نتاج تفاعل بين الفرد و البيئة ، و  
أنه ليس هناك شخص جيد و آخر سيء ، لأن طبيعة الشخصية و تطورها ، يتوقفان على طبيعة التفاعل  
بينها و بين البيئة.

كما يعتقد النموذج السلوكي أن الفرد يتعلم (learn) عن طريق التجربة و في مرحلة مبكرة من حياته ، نماذج مختلفة من السلوكيات (patterns of behaviors) ، و بالتالي فإن الشخصية ما هي إلا نتيجة (result) لعملية التعلم (learning) التي يكون الفرد عرضة لها منذ طفولته الأولى . كما أن عملية التعلم هذه ، تشمل نماذج من السلوكيات تجمع بين الإيجابية و السلبية .

و عن هذا يقول (Hosford, 1969) " أن شخصية الفرد تتكون من العادات (habits) الإيجابية و السلبية معا . و يتم تعلم العادات الغير ملائمة (inappropriate) ، كالاغراف مثلا (deviant) ، بنفس الطريقة التي يتم بها تعلم السلوكيات الملائمة (ص. 2 ) (In M Hansen , stvie , Warner , 1982) .

و يشير (Hosford , 1969) في نفس السياق إلى كون السلوك اللاتكيفي (maladaptive behavior) لا يختلف عن السلوك العادي ( التكيفي ) في الطريقة التي اكتسب بها ذلك السلوك الاتكيفي ، و إنما يختلف عنه في كون هذا الأخير ، لا يجلب الرضا لصاحبه ، بل يدخله في صراع مع المحيط .

## 2) خصائص النموذج السلوكي العلاجي :

يتميز تناول السلوكي للعلاج بالميزات التالية :

"- 1) يتعامل العلاج السلوكي مع سلوك الفرد المباشر أو الظاهر و مع السلوكيات التي يكون الفرد على وعي تام بها ، و لهذا فإن التركيز على النزوات اللاشعورية ، و على دراسة أنماط الشخصية لا يلعب أي دور في العلاج السلوكي .

- 2) يركز العلاج السلوكي بالدرجة الأولى على الحاضر (المشاكل الحالية للفرد ، و العوامل المؤثرة فيها) . و هو ما يفصل بين العلاج السلوكي و بين التحليل النفسي ، الذي يركز بصفة أساسية على المرحل الأولى لنمو الشخصية .

3- يتميز العلاج السلوكي باستمرارية التقدير

(continous assessement) المتعلق بالسلوك المشكل (problem - behavior) ،  
و بالشروط التي تعزز استمرارية هذا السلوك ، و يتم ذلك من خلال التعرف على أبعاد السلوك المشكل  
(the dimensions of the problem -behavior)، كالبحث عن الكيفية التي يحدث بها ذلك  
السلوك ، متى و أين يتكرر حدوثه ، و متى و أين يقل ، إلى جانب الكشف عن الظروف أو الشروط  
الخاصة التي تؤثر في ذلك السلوك.

و ترجع أهمية الإستمرارية في قياس السلوك المشكل ، إلى كون طبيعة هذا السلوك ، و طبيعة  
الشروط التي تعمل على تدعيمه أو ترسخه قابلة للتغير خلال فترات العلاج .

4 - العلاج السلوكي تربوي في طبيعته (Educational in nature) ، إذ يهدف هذا  
العلاج إلى تعليم العميل ، السلوكات التكيفية (adaptive behaviours) ، و يتم ذلك ، إما بتغيير وجه  
السلوك المشكل "و مظاهره (its aspects) أو بتعديل (shaping) الشروط المحيطة المرتبطة بالسلوك  
المشكل.

5- يهتم العلاج السلوكي بتزويد العميل بمهارات المراقبة الذاتية (self-control skills) التي  
تسهل التعامل بنوع من الإستقلالية مع المشاكل التي يصادفها في حياته اليومية .

6- يتميز العلاج السلوكي بالفردانية (individualization) فهو يفصل بين كل عميل و  
آخر ، حتى و لو كانت العملية العلاجية فيه تسير وفق اجراءات و خطوات  
(procedures) محددة ، إلا أنه يعمل على تكييف تلك الخطوات العلاجية وفقا لما يتطلبه كل مشكل أو  
كل فرد. ° (Hansen , Stivie , Warner , 1982. p.3-4) .



### (3) أهداف العلاج السلوكي:

يقترح كل من (Blackham and silberman , 1971) ثلاثة خطوات خاصة بعمل بمثابة أهداف فرعية لتحقيق الهدف الأصلي أو الشامل المنوط بهذا النموذج العلاجي و المتمثل أساسا في مساعدة العميل على تطوير نماذج سلوكية ملائمة (appropriate behavioral patterns) تمكنه من التوصل إلى المعالجة الذاتية (self-management) للمشاكل التي تعترضه ، و تتمثل تلك الخطوات فيما يلي :

#### • - التعريف بالمشكل : (Problem definition)

و يقصد به ، تحديد ما هو السلوك المشكل ، متى يحدث ، و مع من يحدث بالفظبط . و بتحديد هذه العناصر ، يمكن التوصل إلى الكشف عن الأحداث و الوضعيات التي تقود إلى ظهور ذلك السلوك المشكل.

#### • تأسيس الأهداف المتظرة من العلاج:

#### • (Establishing specific goals of counseling):

تحدد أهداف العلاج انطلاقا من السلوكيات التي تحتاج إلى تغيير (change) ، باعتبارها مصدر المشكل الذي توجه العميل من أجله إلى طلب العلاج . و تتمثل الأهداف العامة للعلاج السلوكي في توصيل العميل إلى تعلم السلوكيات التكيفية التي تقوم محل السلوكيات اللاكيفية .

#### • - تحديد الطرق التي تستعمل في تحقيق التغير المرغوب فيه :

(Determine methodes to be used to bring about desired change)

تتميز الطرق المستخدمة في العلاج السلوكي بالمرونة ، فهي قابلة للتغير وفقا لحدود الأهداف التي يتطلبها علاج المشكل المطروح.

#### (4) تقنيات العلاج السلوكي :

أما عن التقنيات التي يستعملها العلاج السلوكي ، فإنها تختلف من تقنيات كلاسيكية أو تقليدية ، إلى تقنيات حديثة . إذ نجد أن المعالجين الذين يتبعون الطريقة الكلاسيكية في العلاج يلجؤون لاستعمال الطرق و التقنيات السلوكية الكلاسيكية التي تستند إلى المفاهيم الأساسية للتعلم (Basic principles of learning). بينما يلجأ المعالجون المحدثون من أمثال (Krumboltz , thoresen , 1969) إلى التقنيات العلاجية الحديثة في العلاج السلوكي ، و هي عديدة و متنوعة .

و يقول (Lazarus , 1972) في هذا الشأن : " من خلال تفاصيل ممارساتي العملية ، اليومية مع العملاء ، وجدت أنه من الضروري توسيع مجال أو قاعدة العلاج السلوكي التقليدي (conventional behavioral therapy) ."(ص.6) .

و حول نفس الفكرة ، يرى كل من (Krumboltz and Thoresen , 1969) ، أنه يجب ترك المجال مفتوحاً أمام جميع التقنيات التي بإمكانها التوصل إلى مساعدة الفرد على حل المشاكل التي يعرضها أثناء العلاج.

و نظراً لتعدد التقنيات و اختلافها بين تقليدية و حديثة ، فإننا لا نرى أهمية في التعرض إليها في هذا الفصل الخاص بالتناولات العلاجية الكبرى ، لان التعرض للأهداف العامة للعلاج السلوكي و لخطواته في نظرنا ، أهم من عرض التقنيات الكثيرة العدد ، المستعملة في هذا التناول العلاجي .

### (III) **التناول المعرفي** : (COGNITIVE APPROACH) :

يمكننا القول بأن التناول المعرفي للعلاج ، جاء كامتداد للتناول السلوكي ، و كرد فعل له ، انطلاقا من كون التناول السلوكي ، يركز كل اهتمامه على السلوك الظاهر (المباشر) مهماً بذلك ، السلوك الباطني الذي يعبر عنه التناول المعرفي ، بالعمليات المعرفية (Cognitive processes) .

يشكل التناول المعرفي واحداً من بين المجالات الحيوية للنظريات و البحوث الحديثة في حقل علم النفس الإكلينيكي . و ترجع جذور هذا التناول إلى أعمال الباحثين من أمثال :

( Bandura , 1969; Beck , 1967; Davison , 1968; Ellis , 1962 ;

Kelly , 1955; London, 1964; Mischel, 1968; Rotter, 1954.)

و على الرغم من التنوع الكبير في النظريات المعرفية التي يضمها هذا التناول ، إلا أننا نجد أن هذه النظريات تلتقي جميعها في نقطة مركزية أساسية ، تتمثل في الافتراض الأساسي الذي يقوم عليه هذا التناول ، و الذي يعتقد بأن الإنفعالات و السلوكات ما هي إلا دالة (function) للكيفية أو الصيغة التي تترجم بها الوقائع المحيطية معرفياً .

و تتمثل التطبيقات العلاجية لهذا الافتراض في كون التقدم أو التحسن الإكلينيكي بالنسبة لبعض الاضطرابات ، يمكن التوصل إليه ، عن طريق إعادة بناء العالم المعرفي للأشخاص الذين يعانون من تلك الاضطرابات .

و سنحاول فيما يلي ، التعرض إلى الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها التناول المعرفي ، و إلى العلاج السلوكي المعرفي (كامتداد للعلاج المعرفي) ، بأسسه ، و أشهر نماذجه.

## (1) الافتراضات الأساسية التي يقوم عليها تناول المعرفي :

يقوم تناول المعرفي على افتراض أساسي ، يرجع إلى اعتقاده بتأثير الحياة العقلية على السلوك ،  
و يتمثل هذا الافتراض في :

- أن العمليات المعرفية (Cognitive processes) تؤثر في السلوك ، و أن الاضطرابات النفسية ، ما هي إلا نتيجة لاضطراب في تلك العمليات المعرفية . بمعنى أن طرق التفكير المشوهة تؤدي إلى تشوه (distortion) في تصور الواقع و إدراكه ، و هو الشيء الذي يقود إلى نشأة إحساسات مزعجة ، و مشكلات سلوكية.

و نظرا لكون هذا التناول يأخذ بعين الاعتبار ، نوعي السلوك الخارجي (المباشر) و الداخلي (العمليات العقلية أو المعرفية) ، و يجمع بينهما ، فإنه قد ظهرت تبعاً لذلك نماذج جديدة من التناول المعرفي ، أطلق عليها اسم التناولات السلوكية المعرفية (cognitive behavioral approaches) ، و التي تعتقد بأهمية الدور الوسيط الذي تلعبه العمليات المعرفية (the mediating role of cognitive processes) في تعزيز (reinforcement) النماذج التكيفية للسلوك (maladaptive patterns of behavior) و تدعيمها أو في إلغائها (استبدالها بنماذج أخرى من السلوك) .

## (2) العلاج السلوكي المعرفي :

يطلق مصطلح العلاج السلوكي المعرفي (cognitive behavioral therapy) على التدخلات (interventions) التي تقوم على أسس و تقنيات العلاج السلوكي ، المستعملة في التغيير المباشر للعمليات المعرفية للعملاء.

كما أن العلاج السلوكي المعرفي ، يستند إلى فكرة أساسية ، تنص على أن الطريقة التي نرى بها أو نفسر بها الوقائع التي تحدث في بيئتنا ، تؤثر على طريقة سلوكنا . أي أن المعنى (maining) الذي

نعطيه ، للوقائع ، الأشخاص ، الأشياء ، و اعتقاداتنا و توقعاتنا حول هذه العناصر أو هذه المواضيع ،  
يلعب دورا بالغ الأهمية ، بل دورا أساسيا في تحديد سلوكياتنا و انفعالاتنا .

فالتوقعات السلبية (negative expectations) مثلا ، التي يحملها الطالب ، حول مهاراته  
الأدائية في الإمتحان ، لا تجعله يشعر بالقلق فحسب ، و لكنها تؤدي إضافة إلى ذلك ، إلى ضعف  
في أدائه لذلك الإمتحان . و حسب تناول السلوكي المعرفي ، فإن السلوكيات اللاتكيفية التي تسبب  
مشكلا لصاحبها ، هي ناجمة عن إدراكات مشوهة ، غير واقعية و لا منطقية ، للوقائع البيئية  
(distorted , unrealistic , illogical perceptions of environmental events). و عليه  
فإن عمل المعالج السلوكي المعرفي يتحدد بالتعديل المباشر للمعارف (cognitions) التي تدعم تلك  
السلوكيات اللاتكيفية ، أو تقف ورائها . و حتى يتمكن المعالج السلوكي المعرفي من الكشف عن المعارف  
أو عن العمليات المعرفية للعميل ، يلجأ إلى استعمال ما يسمى في هذا التناول العلاجي "بالخطاب  
الداخلي" (self-talk). و يقصد به ، الحديث الذي يدور بين الفرد و نفسه عندما يكون بصدد التفكير  
أو بصدد تقييم (evaluation) و تفسير حدث ما . عندها يتدخل المعالج السلوكي المعرفي ، ليطالب من  
العميل أن يعبر شفويا عن ذلك الحديث الذي يدور بينه و بين نفسه (Beck , 1976) .

و للعلاج السلوكي المعرفي ، أسس و نماذج ، نحاول التعرض لها فيما يلي :

#### أ) أسس العلاج السلوكي المعرفي :

تنطلق أسس العلاج السلوكي المعرفي من "الخطاب الداخلي" (self - talk) كخطوة أولى في  
العملية العلاجية ، و تتمثل هذه الأسس في :

- شرح و تحليل الواقع المدرك بصفة مشوهة من طرف العميل و الذي لا يمثل الواقع  
الفعلي أو الحقيقي.

- إيصال الى ذهن العميل (باستخدام مسار معرفي) فكرة أن المعتقدات الشخصية التي يعملها ،  
بخصوص وقائع معينة ، ما هي إلا فرضيات قابلة للتكذيب و التغيير.

- تعليم العميل ، استخدام التفسيرات الأكثر تكيفاً ، و عقلانية ،  
و منطقية (more adaptive , rational and logical interpretations) .

و يضم التناول السلوكي المعرفي للعلاج عدة نماذج علاجية ، تقوم كلها على افتراض أساسي ،  
يتمثل في إعادة البناء المعرفي (cognitive restructuring) و هي عملية يدفع فيها العميل إلى تغيير  
محتوى الخطاب الداخلي أو الذاتي ( self-talk ) [ هذا الخطاب الذاتي يعتبره المعالج السلوكي المعرفي  
مماثلة المدغم الأساسي للسلوكات المشككة (problem-behaviors) ] . ، و تعويضه بخطاب أو بحديث  
داخلي يتميز بصبغة تكيفية ، يمكن العميل من المراقبة أو الضبط الذاتي (self-control) لمعارفه و أفكاره ،  
بعد أن أصبح مدركاً لأهمية هذه الأفكار و تأثيراتها المباشرة على سلوكاته و انفعالاته.

### (ب) نماذج العلاج السلوكي المعرفي :

من النماذج العلاجية الأكثر شيوعاً و تطبيقاً في التناول السلوكي المعرفي نجد ، العلاج  
العقلي-الإنفعالي لصاحبه (Ellis) , (Ellis's rational-emotive therapy) ، العلاج المعرفي لـ  
(Beck ) (Beck cognitive therapy) ، و نموذج حل المشكل  
(problem-solving model) .

و سنتناول فيما يلي كل نموذج منها على حدة ، مع شيء من التفصيل بالنسبة لنموذج  
حل المشكل (problem -solving model) ، ، لأننا سنعمل على تبنيه في الجزء التطبيقي في  
الرسالة ، و سنوضح وقتها الأسباب التي دفعتنا إلى ذلك ،

## (1) العلاج العقلي - الانفعالي

:(R.E.T) (Ellis's rational-emotive therapy)

يرى (Ellis, 1984) بخصوص تسمية هذا النموذج العلاجي ، بالعلاج العقلي الانفعالي ، أنها تسمية ترجع إلى الافتراض الأصلي الذي يقوم عليه هذا النموذج العلاجي ، و المتمثل في كون الاضطرابات الانفعالية (emotional disorders) أو كما سماها "الانفعالات السلبية (negative)" (emotions) كالقلق (anxiety) ، الاكتئاب (depression) ، الغضب (anger) و الشعور بالذنب (guilt) ، تعود بصفة مباشرة إلى الأفكار الخاطئة أو اللاعقلانية (faulty or irrational thoughts) والتي يرمز لها (Ellis) بالرمز (I . B . S .) (irrational Beliefs).

و ترجع تسمية هذه الأفكار ، بالأفكار اللاعقلانية ، إلى عدم وجود دعم أو سند امبريقي (empirical support) لهذه الاعتقادات أو الأفكار على ارض الواقع ، أو في محيط الشخص الذي يحملها . و هي بذلك و دائما حسب (Ellis) ، لا تحقق للفرد ، لا المتعة (enjoyment) ، و لا النشاط و الحيوية (survival) .

و يصنف (Ellis, 1984) هذه الاعتقادات اللاعقلانية بالشكل التالي:

(أ) اعتقادات ذات صيغة مرعبة (Awfulizing statements).

(ب) اعتقادات الإلزام ، التوقع و الوجوب (should , ought and must) .

(ج) الاعتقادات الخاصة بتقدير قيمة الشخص (evaluation of human Worth) .

(د) اعتقادات الحاجة أو الضرورة (Need statements) .

- و يقول كل من (Walen , Diguiwseppe , & Wescler , 1980) عن الإعتقادات ذات الصيغة المربعة (awfulizing statements) أنها عبارة عن صياغات شخصية أو ذاتية (self-statements) للواقع ، لوضعية معينة على أنها وضعية مربعة جدا . (awful) ليس هذا فحسب ، بل هي أيضا غير ملائمة . (inconvenient) كأن يقول الشخص لنفسه مثلا ، إنه لمن المرعب جدا ألا تسير الأمور على النحو الذي أرغب فيه" .(ص.78) ،

- أما فيما يخص اعتقادات الالتزام ، التوقع ، والوجوب (Should, ought and must) فبيان من بينها الإعتقاد اللاعقلاني الذي يجعل الفرد ، يعتقد بأن وضعية مزعجة معينة ، كان من الواجب أو من الضروري ألا تحدث . و يعطي (Walen et al . , 1980) المثال التالي حول هذا الصنف من الإعتقادات اللاعقلانية ، كان يقول شخص ما مثلا : "يجب أن أكون محترما و محبوبا من طرف كل شخص له اعتبار في حياتي" .(ص.77) .

و يرى (Ellis , 1977) بخصوص النوع الثالث من الإعتقادات اللاعقلانية و المتعلقة بتقييم قيمة الشخص (Evaluation of human worth) أنها غير مثمرة ، و لا منطقية (Counterproductive and illogical) .

- غير مثمرة ، لكونها تؤدي الى التوبيخ الذاتي (self-blame) عندما يكون الشخص قليل الإنجاز أو قليل الأداء.

- و غير منطقية لعدم وجود سلم أو مقياس موضوعي لقياس قيمة الإنسان ، و تقييمها تقييما شاملا . كما أن جميع الأشخاص يتوفرون على مواطن للقوة ، و أخرى للضعف من جهة ، و أن مواطن القوة و الضعف ذاتها تختلف باختلاف الوضعيات و الأوقات على السواء من جهة أخرى . و يضرب لنا (Walen et al . , 1980) مثلا حول الإعتقادات التقييمية اللاعقلانية التي يلجأ إليها الإنسان لتقييم نفسه ، فيقول : "لست جديرا بالاهتمام إن لم أكن متمكنا ، كفوا ، ملائما و منحزا في كل الأوقات ، أو على الأقل في معظم الأوقات و في أغلب المجالات" (ص . 97) ،



وتتضمن اعتقادات الحاجة اوالضرورة (need statements)رفع رغبة معينة من درجة رغبة (Wish) إلى درجة حاجة أو ضرورة مطلقة . (absolute need) . كأن يقول الانسان لنفسه : " إنني في حاجة إلى شخص أقوى مني ، بحيث يمكنني أن أثق به و أعتمد عليه كلية ،" (Walen et al. , 1980 , p.79) .

فهذه الاعتقادات الاعقلانية اذن في مجملها هي التي تكون القاعدة الخلفية لكل الاضطرابات الانفعالية أو السلبية كما سماها (Ellis) صاحب هذا النموذج العلاجي . و عليه فإن العملية العلاجية في هذا النموذج تتمحور أساسا حول تلك الأفكار ، و تهدف إلى إعادة بنائها بناءا منطقيا يوفر الإرتياح الإنفعالي .

و سنتطرق فيما يلي إلى خطوات العملية العلاجية في العلاج العقلي-الإنفعالي ، ثم إلى تطبيقات هذا النموذج العلاجي ، لنصل في الأخير إلى عنصر نتحدث فيه عن فعالية النموذج العقلي-الإنفعالي.

#### أ (العملية العلاجية في العلاج العقلي-الإنفعالي) (therapeutic procedure):

يؤكد (Ellis, 1984) على فكرة تهيئذ أصحاب العلاج العقلي-الإنفعالي الوصول إلى القصد أو الغاية من العلاج بطريقة سريعة مع عملائهم ، فهم يستغنون عن التوقف عند ذكريات الطفولة ، و يحاولون تثبيت همة العميل بخصوص استغراقه في التحدث عن تلك الذكريات ، بإيقاف عملية التدفق اللانهائي أو المتصل للإنفعالات (endless out pouring of feelings) .

و يرى (Walen et al., 1980) بخصوص هذه العملية العلاجية ، أن التحدث عن توقعات العميل إزاء العلاج يمكن أن يكون نقطة ملائمة للبداية ، لأن بعض العملاء ، يدخلون جلسات العلاج ، و هم يتوقعون أن يعبروا عن المشاعر المكبوتة (pent-up feelings) لديهم ، أو أن يحصلوا على تعاطف المعالج معهم (obtain sympathy from the therapist) ، هذه الأفكار المسبقة ، حسب وجهة نظر (Walen et al., 1980) يمكن أن تكون عائقا أمام تقدم العملية العلاجية إذا لم يستطع المعالج أن يتحكم فيها منذ البداية أو منذ الوهلة الأولى في العلاج.

و كخطوة تالية في هذه العملية العلاجية يرى (Walen et al., 1980) أنه على المعالج العقلي-الإنفعالي أن يستنبط (elicit) و صفا للحادث المنشط (activating event) للمشكل ، و عليه أيضا ألا يكتفي فقط بسماع كل التفاصيل حول ذلك الحادث المنشط ، بل عليه أيضا أن يكشف و بسرعة عن الكيفية التي يرى بها العميل هذه الوضعية.

و في هذا الإطار يمكن للمعالج أن يولي عناية بالتلميحات الغير معبر عنها شفويا (nonverbalized)، و أن يسمح للعميل بأن ينشط انفعالاته ، استجابة للوضعية المختلفة ، و أن يسجل خصائص و مميزات هذه الوضعيات ، بأن يكمل العبارات المبتدئة بـ: "أشعر بـ" ("I feel ...") كاستجابة لكل وضعية.

و تعدر بنا الإشارة هنا إلى أن الطريقة العقلانية-الإنفعالية في العلاج (R.E.T) تتناول الإنفعالات على أنها وقائع لا تقبل الجدل و النقاش (indisputable facts) ، و لكنها (R.E.T) تضع كل الإعتقادات اللاعقلانية (I.B.S) التي يمكن أن تنحصر عنها انفعالات لا توافقية (maladaptive emotions) موضع الجدل و المناقشة.

و تتطلب المرحلة الموالية في العملية العلاجية (R.E.T) حسب (Walen et al 1980) ، تحديد الإعتقادات الخاطئة أو اللاعقلانية (IBS) ، ثم تعليم العميل أو تلقينه الفرق بين الإعتقادات العقلانية و هي المنتجة (productive) و اللامطلقة ((noabsolutistic) و بين الإعتقادات الخاطئة أو اللاعقلانية (IBS) .

ثم يتجه المعالج بعد توضيح هذا الفرق إلى حث العميل و تقوية دافعيته (motivation) فيما يتعلق بضرورة الكف أو التخلي (giving up) عن الإعتقادات اللاعقلانية ، و استبدالها (substituting them) باعتقادات عقلانية . (rational beliefs) . و عندما يصبح العميل مزودا أو مجهزا بالإعتقادات العقلانية (RBS) ، عندما فقط ، يطلب منه المعالج أن يتصور شعوره و هو يحمل اعتقادات صحيحة و منطقية حول وضعية ما.

كخلاصة لهذه العملية العلاجية ، يمكننا القول أن نموذج العلاج العقلي-الإنفعالي ، يسعى إلى جعل العميل يشعر باعتقاداته اللاعقلانية حتى يستطيع التدخل بطريقة إيجابية و فعالة في تغيير تلك المعتقدات و استبدالها بأخرى أكثر عقلانية ، تكسبه مرونة أكثر في التفكير و في التعامل مع الوضعيات المختلفة ، و توفر له راحة انفعالية أكثر.

### ب ) تطبيقات العلاج العقلي-الإنفعالي :

يعتقد (Ellis, 1984) أن طريقته العلاجية ، صالحة إلى حد كبير في علاج الأشخاص الذين يتمتعون باتصال منطقي مع الواقع ، أو بعبارة أخرى مع الأشخاص الذين لا يعانون من اضطرابات جديدة ، حادة و راسخة بعمق ، كالذهانات الحادة.

كما يذكر كل من (Ellis and Bernard , 1983) أن العلاج العقلي-الإنفعالي يمكن استعماله مع الأطفال ، و خاصة في عملية الوقاية من الاضطرابات النفسية .

كما أثبتت دراسة (Miller , Kassimove , lipsky, 1980) أن هذه الطريقة العلاجية لا تقتصر بالضرورة على الأشخاص الذين يتمتعون بمعامل ذكاء عال.

### ج) فعالية العلاج العقلي-الإنفعالي:

على الرغم من شيوع تطبيقه الذي يرجع إلى أكثر من عشرين سنة ، إلا أن العلاج العقلي-الإنفعالي (R.E.T) ، لا يتوفر من الناحية النظرية إلا على العدد القليل من الدراسات التي أقيمت للكشف عن فعاليته ، كما أن هذا العدد القليل المتواجد ، لم يوفر معطيات كافية لشرح طبيعة العلاقة الموجودة بين الإعتقادات اللاعقلانية (IBS) و بين الإستجابات الإنفعالية اللاواقفية ، شرحا دقيقا و واضحا . إذ نجد أن دراسة (Goldfried & sobocinski , 1975) مثلا ، لا تدعم القاعدة الافتراضية التي ينطلق منها نموذج (Ellis) و التي تقول بفكرة أن السلوكات اللاواقفية ، تسببها

الإعتقادات اللاعقلانية ، و لكن نتائج تلك الدراسة تشير إلى أن هناك علاقة بين مثل تلك الإعتقادات اللاعقلانية ، و بين وجود السلوكيات اللاتوافقية ، دون أن تكشف عن طبيعة تلك العلاقة.

و يرى كل من ( wilson & O'Leary , 1980 ) ان النموذج العقلي - الانفعالي يتحدث عن الإعتقادات اللاعقلانية بشكل من العمومية ، و لا يأخذ بعين الإعتبار خصوصية الأفراد . و هو الشيء الذي يجعل من هذا النموذج ، طريقة علاجية قليلة الدقة من الناحية التطبيقية.

كما ينتقد كل من (Beck , 1976; Goldfried, 1977) العلاج العقلي-الإنفعالي بسبب استخدامه للتقنية العلاجية المباشرة أو الموجهة إلى حد كبير و التي تعتمد إلى درجة كبيرة على المواجهة (confrontement)، الشيء الذي يجعلها تقنية لا تتكيف مع جميع المفحوصين ، الذين من بينهم من يبدي مقاومة ضد التعبير ، و يفضل طريقة أقل مواجهة و أقل توجيها في العلاج .

## (2) العلاج المعرفي لـ (Beck) : (Beck's cognitive therapy):

يصف (Beck , Rush , Shaw , & Emery , 1979) ، العلاج المعرفي "كتناول عملي ، موجه ، محدود زمنيا و منظم ، لمعالجة مجموعة من الإضطرابات السيكاثرية مثل الإكتئاب ، القلق ، الفوبيا ، و المشاكل العويصة ، إلخ" . (ص.3) .

" An active , directive , time-limited , structured approach used to treat a variety of psychiatric disorders (for exemple , depression , anxiety , phobias , pain problems, ect.)" (p.3) .

و تشير إلى أن هناك تشابه كبير بين العلاج المعرفي لـ (Beck) ، و العلاج العقلي-الإنفعالي لـ (Ellis) من حيث اعتقاد كل منهما بأهمية الدور الوسطي الذي تلعبه العمليات المعرفية في توجيه السلوك على الرغم من وجود اختلاف ظاهر في التقنيات و الافتراضات التي يقوم عليها كل واحد منهما.

و قد استعمل (Beck) نموذج هذا ، بالدرجة الأولى ، في علاج الاكتئاب ، حيث قام بتحليل نماذج التفكير الاتوافقية (maladaptive thought patterns) ، المتواجدة لدى المصابين بالاكتئاب ، فتوصل إلى وجود ثلاثة مواضيع (themes) مشتركة ، تدور حولها نماذج التفكير لدى المصابين بالاكتئاب . هذه المواضيع هي :

- التفسير السلبي للوقائع الخارجية (interpreting external events negatively).

- كرهه أو مقت الذات (disliking oneself).

- النظرة السلبية إلى المستقبل (viewing the future negatively) .

و يعتقد (Beck) أن هذه التفسيرات ، و الإدراكات المشوهة ، ما هي إلا نتيجة لتشوهات معرفية . (cognitive distortions) و تضم هذه المجموعة من التشوهات المعرفية:

#### أ) التجريد الانتقائي (Selctive abstraction):

و يقصد به ، الميل نحو استخلاص استنتاجات قائمة على عنصر جزئي منعزل ، داخل مجموعة من التفاصيل المتعلقة بحادث معين . و كمثال على التجريد الانتقائي ، يعطي (Beck, 1963) مثالا يتعلق بالشخص الذي يشعر بأنه مرفوض أو منبوذ ، مجرد أن صديقا له ، كان يركض للحاق بالحافلة ، و لم يتوقف للتحدث معه.

#### ب) الاستدلال التعسفي أو الإعتباطي (Arbitrary inference):

و يقصد به ، استخلاص استنتاجات معينة ، بالرغم من عدم توفر أي دليل واقعي او منطقي له صلة بتلك الاستنتاجات ، كاستنتاج الشخص الذي أوقف عن العمل مؤقتا في مؤسسة ما ، أن سبب إيقافه يرجع إلى عدم كفاءته في العمل ، على الرغم من أن المؤسسة هي التي توقفت عن العمل لأسباب مالية ، فاستغنت مؤقتا عن كل مستخدميها.

### ج) التعميم المتطرف (Overgeneralization):

و يقصد به (Beck) ، استخلاص نتيجة عامة ، انطلاقاً من حادث وحيد فريد ، كاستنتاج الشخص بأنه سوف لن ينجح أبداً لمجرد أنه فشل في محاولة أولى.

### د) (Personalization) :

تعني العزو أو الإسناد الخاطئ (erroneously attribution) للوقائع الخارجية و نسبها إلى الذات ، كتفكير الفرد بأنه هو المقصود ، عندما يرى أناساً يضحكون.

### هـ) التفكير المستقطب (polarized thinking) :

والمقصود به ، التفكير في الشيء من زاوية واحدة فقط ، أو من قطب واحد فقط ، إما بشكل موجب ، و إما بشكل سالب ، كاعتقاد الشخص بوجود نوعين فقط من الناس ، إما أكفاء ، و إما غير أكفاء ، و لا وسط بين ذلك.

بعد أن تعرضنا إلى الافتراضات التي يقوم عليها العلاج المعرفي لـ (Beck) ، ننتقل إلى التحدث بشكل مختصر عن التدخلات العلاجية ، و التقنيات التي يستخدمها هذا النموذج.

### \* التدخلات العلاجية في العلاج المعرفي لـ : (Beck)

يلخص (Beck , 1976) تدخلات العلاج المعرفي في النقاط التالية :

-على العلاج المعرفي أن يوضح للعملاء ، الأخطاء المنطقية (logical errors) التي يرتكبونها في تفسير الوقائع التي يصادفونها في حياتهم.

- تقع على العلاج المعرفي مسؤولية مساعدة العملاء على تعديل الأرضيات

القاعدية (basic premises) لأفكارهم اللامنطقية.

- مساعدة العملاء على إعادة وصف الوقائع بطريقة صحيحة ، و أكثر دقة ، حتى يتمكنوا من حل المشكل بطريقة تكيفية.

و يستخدم العلاج المعرفي لـ (Beck) مجموعة من التقنيات الخاصة ، للوصول إلى الأهداف العلاجية.

### \* تقنيات العلاج في النموذج المعرفي لـ : (Beck)

تضم هذه التقنيات:

- تغيير الأفكار الأوتوماتيكية (modifying automatic thoughts)

و يقصد بها تعليم الفرد ، عملية التعرف على أفكاره وتعويده على ذلك . و يتم هذا التغيير الأوتوماتيكي ، انطلاقاً من الشرح الذي يقدمه المعالج المعرفي للعميل حول كيفية ظهور تلك الأفكار لديه و الطريقة التي يمكن بها التعرف عليها ، ثم تشجيعه على استعمال طريقة منطقية أكثر في التفكير

- إعادة الإسناد (Reattribution)

يمنح المعالج المعرفي بواسطة استخدامه لهذه التقنية ، العميل ، الفرصة لكي يلاحظ و يرى ، ليتفطن أو ليدرك أن هناك عناصر خارجية تثير الأحداث السلبية ، و تكون سبباً في وجودها . و أنه (العميل) بذلك ليس المسؤول الوحيد فقط بعجزه أو بضعف آدائه ، عن حدوث تلك الوقائع.

- التصورات البديلة (Alternative conceptualization)

بفضل هذه التقنية ، يتمكن العميل من التعرف إلى أكبر عدد ممكن من التصورات المحتملة لحل المشكل ، انطلاقاً من قيامه بإعادة تفسير (reintepretation) الحوادث من جديد . كما أن الاعتقاد بوجود حلول متنوعة و كثيرة يلغي الاعتقاد بعدم وجود أي حل بالنسبة للمشكل . مع الإشارة إلى أن هذه التقنية تستخدم أكثر مع الأشخاص الذين يعانون من اكتئاب حاد ، و الذين يعتقدون أن الإلتحار هو الحل الوحيد لمشكلتهم.

بعد أن تعرضنا إلى التدخلات العلاجية ، و تقنيات العلاج في النموذج المعرفي لـ (Beck) ،  
لا يفوتنا أن نتحدث عن فعالية هذا النموذج العلاجي .

### \* فعالية نموذج العلاج المعرفي لـ(Beck)

أثبتت دراسة (Rush , Beck , Kovacs, & Hollon , 1977) نجاعة النموذج العلاجي  
المعرفي لـ (Beck) ، و قدرته على علاج المصابين بالإكتئاب ، بدرجة فاقت قدرة العلاج الكيميائي  
التقليدي للإكتئاب.

و ترجع فعالية هذا النموذج العلاجي ، إلى كونها تتوفر على تقنيات علاجية محددة  
(defined) بشكل دقيق و واضح ، كما أنها سهلة التطبيق ، إذا ما قورنت بالتقنيات التي يستعملها  
العلاج العقلي-الإنفعالي (R.E.T) التي تتسم بعدم الدقة و التحديد ، وكذلك العمومية  
(generalization) و دائما بالمقارنة مع النموذج العقلي-الإنفعالي ، نجد أن النموذج المعرفي لـ(Beck)  
لا يلجأ كثيرا إلى المواجهة (Confrontement) بل يعتمد أكثر على الحوار (dialogue) الموجه إلى  
العميل ، بغية توصيله إلى الكشف بنفسه عن التشوهات و الأخطاء المنطقية الموجودة في خطابه أو حديثه  
الداخلي (self-talk) ،

بالإضافة إلى نموذجي (Ellis) و (Beck) اللذان اقترحا مجموعة من التدخلات العلاجية ،  
انطلاقا من تصور معرفي ، يقوم على افتراضات محددة ، حول الإضطرابات النفسية ، و تساؤلات العلاج  
الخاصة بها ، هناك أيضا نموذج آخر ، لا يقل شهرة عن النموذجين السابقين في تساؤل الإضطرابات  
النفسية . هذا النموذج العلاجي ، (الذي يقوم هو الآخر على التصور المعرفي ) ، هو نموذج  
"حل المشكلة" (Problem-solving model) .



### (3) نموذج حل المشكل (Problem-Solving Model) :

قدم (D'Zurilla and Goldfried, 1971) وصفا لنموذج خاص بحل المشكل (Model of problem-solving)، ينطبق هذا النموذج على المشاكل من النوع الاجتماعي، والشخصي والمعرفي. إذ يرى كل من الباحثين (D'Zurilla and Nezu, 1982) أن نموذج حل المشكل الاجتماعي (SPS)، لا ينطبق فقط على حل المشاكل التي تظهر على مستوى العلاقات بين الأشخاص (interpersonal problems)، ولكنه صالح أيضا لمعالجة المشاكل الفردية أو الشخصية، كالمشاكل المادية (Financial problems) والمشاكل التربوية (Educational problems). وفي إطار تقديم وصف لهذا النموذج، قدم صاحبه (D'Zurilla and Goldfried, 1971) تعريفا للمصطلحين: "مشكل" (problem) و "حل المشكل" (Problem - solving).

فالمشكل بالنسبة لهما عبارة عن "وضعية (situation)، يكون فيها الشخص عاجزا عن إيجاد استجابة جاهزة وفورية، وتكون في الوقت ذاته، استجابة فعلية وبديلة". (ص. 108).

أما مصطلح "حل المشكل"، فيعني بالنسبة إلى (D'Zurilla and Goldfried, 1971) عملية سلوكية إما ظاهرة معبر عنها بشكل صريح ومباشر، وإما ذات طبيعة معرفية. وتمتاز هذه العملية السلوكية بصفتين أساسيتين:

أ- إذ توفر مجموعة من الاستجابات البديلة (Alternative responses) ذات الفعالية القوية التي يتمكن الفرد بواسطتها من التعامل مع الوضعية الإشكالية (Problematic situation).

ب- وترفع من احتمال القدرة على انتقاء الاستجابة الأكثر فعالية من بين البدائل المتعددة". (ص. 108).

## \* المراحل العلاجية لنموذج حل المشكل:

هناك خمس مراحل يسير عليها الإكلينيكي في تطبيقه لنموذج حل المشكل:

### 1- مرحلة تحديد الاتجاه أو المسار الذي يأخذه المشكل: (problem orientation):

يحاول المعالج في هذه المرحلة الأولية ، أن يؤسس لدى المريض شبه استعداد أو عادة (habit)

تسهل عملية إنجاح تقنية "حل المشكل" ، ويمكن أن يشمل تأسيس مثل هذه العادة:

+ القدرة على تحديد الوضعيات الإشكالية (problimatic situation) ، إذ يمكن يستغل العميل مشاعر الإحباط (feeling of frustration) مثلاً ليشير إلى وجود مشكل ما حدير بالحل و المعالجة .

+ النظر إلى المشاكل على أنها وجه عادي من أوجه الحياة المختلفة ، و الثقة في تقنيات "نموذج حل المشكل" ، و الاعتراف بقدرتها على توفير طريقة ملائمة ، للتعامل مع تلك المشاكل .

+ الشعور بفعالية الذات (self-efficacy) (Bandura, 1977) أمر هام و ضروري يساعد على تجاوز مرحلة التقصير و الفشل الذي من الممكن أن يظهر على البعض في بداية العلاج ، كما يسهل عمليتي المباشرة أو الدخول في محاولات حل المشكل ، و المشاورة عليها .

+ التعود على التريث (the habit of stopping) و التفكير قبل الشروع في المشكل ، بدلا من اللجوء إلى التنفيذ المتسرع و الفوري لأول فكرة تخطر على البال ، أو الهروب من مواجهة المشكل ، بعدم القيام بأية مبادرة لحله .

و يرى (D'Zurilla and Goldfried , 1971) ، أنه لتطوير هذه العادة و لترسيخها أكثر في أذهان العملاء ، على العيادي أن يبين لهم ، كيف أن سلوكياتهم اللاواقفية ، والإنزعاج الذي يشعرون به ، إزاء الوضعيات الإشكالية ، ما هو إلا نتيجة لعدم فعالية الطرق التي يستخدمونها في حل المشاكل ، و أن يؤكد لهم أيضا أنه (المعالج) حاضر معهم لتلقيهم كيفية التعامل مع تلك المشاكل بالطريقة الأفيد أو الأكثر نجاعة . كما يرى الباحثان السابقان أيضا أنه من المفيد بالنسبة للسير الحسن للعلاج ، ان يتدخل العميل في هذه المرحلة ، لتحديد المشاكل و الكشف عنها و ذلك بالإشارة إلى الوضعيات التي تظهر له مزعجة و يراها مصدر قلق و اضطراب بالنسبة له .

## 2) مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته: (problem definition and formulation)

كثيرة هي المشاكل التي يشوبها الغموض ، و هو السبب الذي يجعل التعبير عنها بوضوح أمر صعب المنال ، و يرى (D'Zurilla and Goldfried, 1971) أن مدى فعالية و نجاح تطبيق نموذج حل المشكل في العلاج ، تتوقف إلى حد كبير على مدى وضوح التعريف بالمشكل في هذه المرحلة .

و عليه ، يجب على كل من المعالج و المعالج أن يسعيا في هذه المرحلة إلى :

+ الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المشكل المطروح باستعمال مصطلحات مميزة أو نوعية خاصة بالمشكل ذاته .

+ الفصل بين المعلومة التي تبدو ذات صلة وثيقة بالمشكل المطروح و بين تلك التي ليست كذلك ، و محاولة التمييز بين الوقائع الحقيقية و بين الاستنتاجات الخاطئة أو الوهمية .

+ تحديد الأوجه و الجوانب المختلفة لإشكالية الوضعية ، كإلحباطات و الأخطار التي تنبثق عن تلك الوضعية ، و كذا المشاكل الجزئية التي تنفرع عن المشكل الرئيسي ، و الصراع الناجم عن تعارض الأهداف و تضاربها .

+ تسطير أهداف واقعية يمكن تحقيقها ، لعملية "حل المشكلة" ، و تعيين النتائج التي يرغب في الوصول إليها .

و يركز (D'Zurilla and Goldfried, 1971) في هذا السياق على أهمية أن تكون الأهداف المسطرة في خطة العلاج ، قابلة للتحقيق . فإذا كانت تلك الأهداف على مستوى عال يفوق إمكانيات العميل ، و يتعذر الوصول إليها ، فلن يكون العميل أبدا راض عن النتائج .

### 3) مرحلة تأسيس البدائل أو الحلول: (Generation of alternatives):

أهداف في هذه المرحلة ، هو إيجاد قائمة من الحلول ذات القدرة الفعلية في حل المشكلة . و هناك ثلاثة نقاط أساسية ، تمكن من الوصول إلى ذلك الهدف:

أ) تأجيل الحكم (defferred judgment): إن إمكانية إيجاد حلول جيدة ، تكون أكبر عندما يلجأ العميل إلى الأخذ بكل الحلول التي ترد إلى ذهنه دون انتقاد مبدئي لها ، أو دون مناقشتها على العكس عندما يعمد إلى اختيار الحلول التي يراها جيدة فقط .

ب) الكمية تنتج النوعية (quantity breeds quality): يزداد احتمال العثور على حلول جيدة ، كلما اتجه تفكير الفرد نحو إيجاد العديد من الحلول القوية أو الفعالة .

جـ) الإستراتيجيات - الوسائل : (strategies - tactics) : يمكن للأشخاص الذين هم بصدد حل مشكل ما ، أن يتوصلوا إلى حلول جيدة ، إذا تمكنوا من التمييز بين الإستراتيجيات (اتجاهات بديلة عامة للقيام بالفعل) (general alternatives directions to make) ، و بين الوسائل (بدائل نوعية أو خاصة لتنفيذ الإستراتيجيات) (Specific alternatives for implementing strategies).

الإستراتيجيات الجيدة هي التي يتوقع منها أن تقدم حلاً لمعظم جوانب المشكلة ، في حين تقيم الوسائل (tactics) بمدى قدرتها على تنفيذ أو تحقيق الإستراتيجيات. و تولد الإستراتيجيات قبل الوسائل ، و عليه ، فإن نشاط كل من المعالج و المعالج ، يظهر بشكل بارز في مرحلة اتخاذ القرار أو ما يسمى بـ ( decision - making stage ) في انتقاء الإستراتيجية الأفضل و الأنسب ، و إيجاد الوسائل البديلة التي من الممكن أن تكون مفيدة و فعالة في تنفيذ الإستراتيجية المنتقاة .

#### (4) مرحلة اتخاذ القرار : (Decision - making)

تقدر فعالية استراتيجية ما ، أو وسيلة ما عن طريق ترجيح اختيار ما على أنه الحل البديل ، كما تقدر أيضا بمدى نجاعة أو فائدة نتائج ذلك الاختيار في التعامل مع المشكلة المطروح.

إن تحديد النتائج المرجح حدوثها إثر انتقاء حل معين ، يتطلب الكشف عن مدى ما سجله الحل البديل من نتائج متميزة أو نوعية إذا طبق كما يجب بالضبط ، و إلى أي مدى يمكن للتعديل أن يطبقه بدقة و كما يجب.

و تحب الإشارة إلى أن النتائج التي تؤخذ بعين الاعتبار في عملية الترجيح هذه ، تشمل نتائج الحل ذات المدى القريب (short-term) كما تشمل النتائج ذات المدى البعيد (long-term).

كما لا يفوتنا أيضا أن ننبه إلى أن الحكم على فعالية و نجاعة الحل ، هو بطبيعة الحال حكم ذاتي ، يتأثر إلى حد ما بجهاز القيم ، لكل من المعالج و المعالج.

## (5) مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق:

(solution implementation and verification):

عناصر هذه المرحلة النهائية هي:

(أ) الأداء ( performance): في هذه الخطوة ، يباشر العميل في عملية تجريب أو اختبار الحل المختار.

(ب) الملاحظة (Observation): يسجل العميل في هذه الخطوة ، النتائج ، و محاولات حل المشكل ، و كذلك النتائج الإنفعالية التي تنجر عن تطبيق الحل المختار.

(ج) التقييم (evaluation): تقارن النتائج الملاحظة بعد عملية تطبيق الحل ، بالأهداف المسطرة في المرحلة الثانية ، المسماة بمرحلة "تحديد المشكل" (problem-definition stage) . فإذا حدث و أن العميل غير راض عن النتائج ، فإنه يتوجب عليه أن يعيد النظر (و ذلك بمساعدة المعالج) ثانية في مسار خطة العلاج ، بهدف الكشف عن الخلل و موقعه (في هذه الحالة ، يمكن الرجوع إلى مرحلة تأسيس البدائل ، أو إلى المرحلة الخاصة بالتعريف بالمشكل و صياغته ، إذا كان الخلل أعمق) . أما في الحالة الثانية ، أين يكون العميل راض عن النتائج الذي تحصل عليها بعد تطبيقه للحل المختار ، و يجد تطابقا بين هذه النتائج ، و بين النتائج المرجوة أو المرغوب فيها قبل تطبيق الحل ، فإن هذا الشعور بالرضى يشجعه على التعزيز الذاتي لطريقة "حل المشكل" .

إذ يرى الباحثان (D'Zurilla & Nezu , 1982) أن التعزيز الذاتي لتقنية حل المشكل الناجحة ، توفر للعميل إحساسا أو شعورا بفعالية الذات و ترفع من احتمال استعماله لهذه التقنية إلى أبعد مدى .

بعد عرضنا لأهم وأشهر تناولات العلاج ، نشير إلى أننا نفضل أن نتبنى نموذج حل المشكل (problem-solving model) للباحثين (D'Zurilla and Goldfried, 1971) كخطة علاجية في بحثنا هذا الذي يستند إلى خلفية نظرية ذات طابع معرفي ، و ذلك نظرا للملائمة هذه الخطة (من الناحية التصورية النظرية) لمضمون الإشكال المطروح في البحث ، و الذي يدور حول الطريقة التي يتعامل بها المصابون بالسكري مع الوضعيات الإشكالية (problimatic situations) التي يكون مرضهم مصدرا لها ، أو بعبارة أخرى ، حلول أساليب المقاومة ضد الضغط النفسي الذي ينشأ عن الإصابة بمرض السكري .

بالإضافة إلى هذا ، فإن هناك العديد من الدراسات التي قدمت دعما إمريقيا للنموذج المسمى "بنموذج حل المشكل" ، كدراسة (Chaney , O'Leary , & Marlott, 1978) التي طبق فيها نموذج حل المشكل على مدمني الكحول ، و ثبتت فيها فعاليتيه العلاجية . و الأمر نفسه بالنسبة لدراسة (Hussian & Lawarence, 1981) التي طبقت على المكتئبين . كما أثبتت نتائج دراسات (D'Zurilla and Nezu , 1980; Nezu & D'Zurilla , 1971, 1981b) أهمية كل مرحلة من مراحل هذا النموذج العلاجي.

أمر آخر أساسي دفعنا إلى تبني هذه الطريقة العلاجية ، و هو المتمثل في إمكانية استخدام نموذج حل المشكل لعلاج كل شخص يعاني من الإضطرابات التي تنجم عن عدم الفعالية في الأداء أو العجز (ineffectivement) في التعامل مع الوضعيات الإشكالية (problimatic situations). كما أن هذا النموذج يسمح بتحقيق استقلالية مستمرة أو دائمة للعميل ، و ذلك بتلقينه لمهارات حل المشكل (problem-solving skills) التي تمكنه من أن يقاوم بنفسه ضد المشا كل المختلفة التي يمكن أن تصادفه في حياته . و هو السبب الذي يجعله نموذجا ملائما أيضا ، وبصفة خاصة للتطبيق على

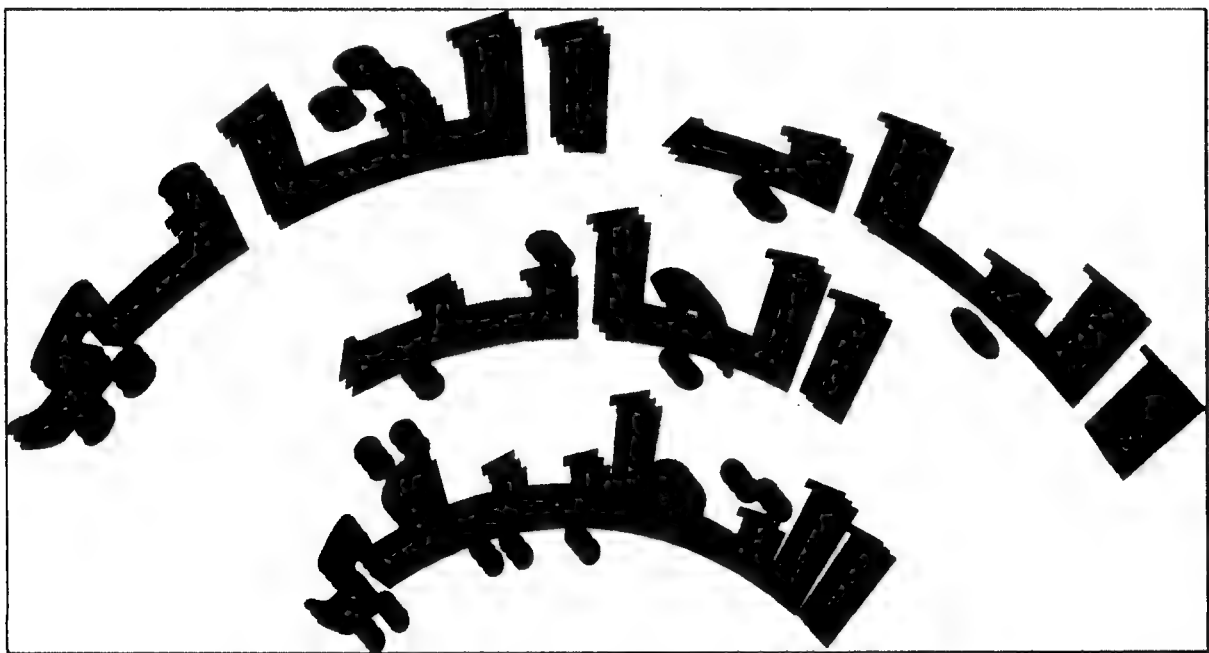
الأشخاص الذين يملكون المهارات الأدائية اللازمة لحل مشكل ما، و لكن طريقتهم الخاصة في حل المشاكل ليست فعالة.

. هذه إذن كل الدوافع التي دفعتنا إلى تبني هذا النموذج العلاجي المسمى بنموذج حل المشكل

(problem-solving model).

و سيتم في الجانب التطبيقي من هذا البحث ، الكشف عن أهمية الكفالة النفسية ودورها في توفير عامل التوافق السيكلولوجي مع وضعية الإصابة بداء السكري ، من خلال تطبيق النموذج العلاجي المتبنى في هذه الدراسة ، على عينة من المصابين بالسكري وفق منهجية معينة ، و ذلك بالإستعانة بوسائل القياس .





**الفصل الأول**  
**- العينة**  
**- وسائل القياس**  
**- خصم البع**

## **(1) العينة :**

تتكون عينة هذا البحث ، من (07) سبعة مصابين بداء السكري ، ممن كانوا يترددون على العيادة المتعددة الخدمات التابعة للقطاع الصحي بمدينة العفرون (ولاية البليدة)، و ذلك قصد المراقبة الطبية التي اعتاد المصابون بالسكري إجرائها بصفة مستمرة.

يتوزع أفراد هذه العينة بين ذكور و إناث ، خمسة (05) مصابات و مصابين اثنين (02) . كما أن معدل السن في العينة ، يقارب الأربعين سنة (≈ 40 سنة).

و قد تم الحرص على أن يكون جميع أفراد العينة مصابين بنفس النوع من أنواع مرض السكري ، و هو السكري البنكرياسي <sup>(1)</sup> (Le Diabete sucré pancreatique) ، مع عدم الأخذ بعين الاعتبار لعوامل المستوى التعليمي ، الاجتماعي و الاقتصادي ، و عامل مدة الإصابة بالمرض ، كمعامل متغيرة في هذه العينة.

## **(2) وسائل القياس :**

### **(أ) المقابلة العيادية :**

تم كخطوة أولى و أساسية ، إجراء مقابلة عيادية موجهة (وفق دليل للمقابلة) مع أفراد العينة ، بهدف جمع بيانات حول الإصابة بالمرض ، و انعكاساته على مختلف جوانب حياة المريض ، وبهدف استكمال المعلومات الكمية المستقاة من نتائج الاختبارات ، بمعلومات أخرى كيفية ، لا يمكن الحصول عليها إلا من خلال التقارير اللفظية للمريض نفسه . إذ تعرضنا من خلال دليل المقابلة (الذي أرفقنا نموذجاً منه في الجزء الخاص بالملحقات ) ، إلى أهم الجوانب التي اعتقدنا أنها تتأثر من جراء الإصابة بالمرض ، و قد تمثلت هذه الجوانب في (موقف المريض من مرضه - مرض السكري و الحياة الزوجية- السكري و الحياة الاجتماعية ، السكري و الحياة العملية - و مرض السكري والحياة النفسية).

---

(1): راجع الفقرة الخاصة بالسكري البنكرياسي في الفصل الخاص بالجانب الطبي لمرض السكري، للتعرف على

خصائص هذا المرض ، و مضاعفاته .

و قد تضمن كل جانب من هذه الجوانب الخمسة ، أسئلة ، للكشف عن مدى التأثير الذي تتركه الإصابة بمرض السكري على كل جانب منها.

### **ب) الاختبارات والمقاييس :**

تمت الإستعانة في هذا البحث بأربعة مقاييس أو اختبارات هي :

• - اختبار المقاومة

• - سلم التقرير الذاتي للقلق

• - معامل تقدير الذات

• - سلم فعالية الذات

### **\* اختبار المقاومة :**

يتمثل اختبار المقاومة المطبق في هذا البحث ، في قائمة طرق

المقاومة (W.C.C) (Ways Coping Checklist) التي وضعها

الباحثان (Folkman and Lazarus,1980) . وهي عبارة عن تطبيق لأعمال (Lazarus,

1966) حول العلاقة الموجودة بين نماذج المقاومة و الأمراض العضوية المزمنة .

و قد اقترح الباحثان (Folkman and Lazarus , 1980) هذا الإستبيان أو هذه القائمة في

دراسة أجريها على عينة تتكون من 100 فرد ، تتراوح أعمارهم بين 45 ، و 64 سنة ، و ذلك بهدف

الكشف عن أساليب المقاومة التي يستعملها هؤلاء ، لمواجهة فئة متنوعة من الوقائع المعتادة ، و ذلك خلال

مدة 7 أشهر.

و من أجل ذلك قدمت قائمة من الإستراتيجيات ، تحتوي على 69 بندا ، موزعة على 6 عوامل يعبر كل عامل منها ، على نمط من الأنماط أو الإستراتيجيات المستعملة في عملية المقاومة.

كما أن هذه العوامل نفسها تجمع بين الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، و بين تلك التي تركز على الإنفعال . و قد حددت في هذه القائمة ، العوامل التي تركز على المشكل وهي [ (لتقبلات (13 بندا) ، البحث عن المساعدة (14 بندا) ، و النمو (7 بنود).] ، كما حددت أيضا، العوامل التي تركز على الإنفعال وهي [ الهروب (17بندا) ، التحفظات (9بنود) ، توبيخ الذات (9بنود) . ] .

و تتم الإجابة على بنود هذا الاختبار ، باختيار إجابة واحدة من بين الإجابتين (نعم، لا) . و يتم تصحيح الاختبار ، بعد جمع الأجوبة الخاصة بكل العوامل ، ثم الاستدلال على نوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا في المقاومة ، من خلال العلامة المتحصل عليها في كل عامل من العوامل الستة . إذ يمكننا أن نستنتج أن فردا ما ، يركز على المشكل أو على الإنفعال في عملية المقاومة ضد الوضعيات الصعبة لديه ، طبقا لما تحصل عليه من نتائج ، في كل عامل من عوامل الاختبار.

أما فيما يخص صدق و ثبات الاختبار ، فإنه قد تم إثباتهما من خلال دراسة قام بها الباحثان (Harwath and Frantik ,1982) (In:Felton,Revenson and Hinrichsen, 1984) ، على عينة من مرضى القلب.

### **\* سلم التقرير الذاتي للقلق : (Self-Rating anxiety scale)**

اقترح الباحث (Zung, W.K, 1971) ، هذا السلم لتقدير القلق كاضطراب إكلينيكي ولتكميم

أعراضه ،

و يتكون هذا السلم من عشرين (20) بنداً ، تضم أهم وأبرز خصائص اضطراب القلق .  
تشير خمسة ( 5 0) بنود منها إلى الأعراض الإنفعالية (Affective symptoms) لاضطراب القلق ،  
والخمس عشرة (15) بنداً الباقية ، تخص الأعراض الجسدية (somatic symptoms) للقلق .  
و للإجابة على بنود هذا الاختبار ، يتوجب اختيار واحدة فقط من بين الإجابات الأربعة المرفقة بالسلم :

• نادراً أو أبداً .

• - أحياناً .

• كثيراً .

• - - دوماً .

و التي يراها الشخص المعرض لهذا الاختبار ، مناسبة له ، و تنطبق بصدق عليه ، خلال الأسبوع  
السابق لتاريخ تطبيق هذا الاختبار .

و لتصحيح اختبار سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) ، يتم جمع العلامات المتحصل عليها من  
طرف المفحوص من خلال إجاباته على مجموع بنود الاختبار ، وفقاً لسلم التنقيط المتدرج  
(من 1 إلى 4 نقاط) . و عليه ، فإنه يفترض أن تكون نتيجة تطبيق الاختبار بين (20 و 80 نقطة) ،  
و يتم الحصول على معامل درجة القلق في هذا السلم (S.A.S) ، بتقسيم العلامة المتحصل عليها  
على 80 ( و هو مجموع الدرجات في الاختبار) ، فيكون معامل درجة القلق الناتج بين (0,25 و 1,00)  
و تدل المعاملات العالية المتحصل عليها في هذا الاختبار على المستويات العالية من القلق.

و تشير إلى أنه قد تم إثبات صدق (Validity) هذا الاختبار ، إذ وجد أن هناك ارتباط ذو دلالة بين هذا الاختبار ، وبين سلم "تايلر للقلق الظاهر" (the Taylor manifest anxiety scale) ، وبينه وبين "سلم التقرير الإكلينيكي" (The clinical rating scale) الذي طوره (Zung.W.K) .

كما أن سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) بإمكانه أن يفرق بين المصابين باضطراب القلق ، وبين أولئك المصابين باضطرابات سيكاثية ، وذلك بفضل معامل الصدق العالي الذي يتوفر عليه.

### **\* معامل تقدير الذات : (Index of self-esteem)**

اقترح (Hudson , W.W, 1982) هذا الاختبار ، بهدف قياس مشاكل تقدير الذات. وقد صممت بنود معامل تقدير الذات (I.S.E) الخمسة والعشرين ، لقياس درجة (degree) و شدة (severity) المشكلة الذي يعاني منه الفرد بالنسبة لتقديره لذاته.

إذ يعد مفهوم تقدير الذات (self-esteem) ، العنصر التقييمي لمفهوم الذات (The evaluative component of the self -comcept) .

ولهذا المقياس (I.S.E) ، استعمالات واسعة في العديد من القياسات الخاصة بالاضطرابات والمشاكل الإكلينيكية . وقد تم اشتقاق الصيغة النهائية لهذا السلم القياسي ، بعد تطبيقه على مجموعة من الأشخاص تتكون من (1745) فردا ، تضم المتزوجين و غير المتزوجين من مختلف المستويات التعليمية ، من مختلف الأجناس ، كالقوقاز ، واليابانيين ، والصينيين و الأمريكيين وغيرهم

كما أن هذا الاختبار صالح للتطبيق على الفئات العمرية التي تزيد عن 12 سنة . أما عن التصحيح ، فإنه يتم بطريقة التنقيط المتدرج من (0 إلى 4) انطلاقا من اختيار إجابة واحدة من بين الإجابات الخمسة ، المتدرجة بالشكل الآتي :

• (أ) - نادرا أو أبدا .

• (ب) - قليلا .

• (ج) - أحيانا .

• (د) - كثيرا .

• (هـ) - دوما .

و بذلك يتم الحصول على معامل تقدير الذات الذي يتراوح بين (0 و 100) . و تدل المعاملات العالية في هذا الاختبار على احتمال أكبر لوجود مشاكل متعلقة بتقدير الذات.

و لهذا المقياس درجة ثبات عالية ( $\alpha = 0,93$ )، و يدل هذا على درجة عالية من الثبات الداخلي . كما أن معامل الارتباط بين نتائج تطبيق هذا الاختبار و نتائج إعادة تطبيقه جد عالية ، إذ يقدر بـ (Test retest correlation = 0,92) .

نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لصدق (validity) هذا الاختبار ، إذ يمكن لهذا الاختبار ، أن يميز بصفة فعلية بين المفحوصين الذين يظهرون مشاكل في مختلف جوانب تقدير الذات ، و بين أولئك الذين تغيب لديهم مثل هذه المشاكل.

كما أن هذا الاختبار (I.S.E) ، يرتبط ارتباطا عاليا مع مجموعة من الاختبارات التي لها معاملات ارتباط عالية ، كاختبارات الاكتئاب (depression) ، و الشعور بالهوية (sense of identity) .



## **\* سلم فعالية الذات (S.E.S.) (self-efficacy scale)**

اقترح الباحثون :

(Sherer M., Maddox, J.E., Mercandante, B., Steven prentice-

Dunn , Jacobs, B., and Rogers, R.W., 1982)

هذا السلم لقياس المستويات العامة للتوقعات الخاصة بفعالية الذات (General Expectations of Self Efficacy) ، التي لا ترتبط بوضعية محددة و لا بسلوك محدد.

و يفترض هذا الاختبار ، أن التوقعات الخاصة حول القدرة و التفوق أو السيطرة (the mastery) هي التي تحدد اتجاه السلوك ، و أن اختلاف تجارب الفشل و النجاح بين الأفراد و كذا اختلاف عمليات الإسناد (attribution) التي يقوم بها هؤلاء فيما يخص ذلك الفشل اودلك النجاح ، هي التي تقود إلى اختلاف في مستويات الأفكار و التوقعات العامة ، الخاصة بفعالية الذات (self-efficacy expectations) .

و عليه ، فإن هذا السلم يمكن استعماله ، للكشف عن وجود صعوبات متعلقة بالشعور بفعالية الذات ، و تحديد التدخل العلاجي اللازم من جهة ، ثم استعماله كعامل مؤشر (indicator) على مدى التحسن الذي يفترض أن يكون قد طرأ على التوقعات الخاصة بفعالية الذات ، بعد التعرض إلى العلاج .

و يتكون هذا السلم من (23) بنداً . منها ما يتعلق بفعالية الذات العامة (general

self-efficacy) ، و منها ما يتعلق بفعالية الذات الاجتماعية (social self

efficacy)

و تتم الإجابة على بنود هذا السلم ، بواسطة اختيار إجابة واحدة من بين الإجابات الخمسة المتدرجة المرفقة بالسلم :

• (أ) - أعارض بشدة .

• (ب) - أعارض قليلا أو بعض الشيء .

• (ج) - لا أعارض و لا أوافق .

• (د) - أوافق بعض الشيء .

• (هـ) - أوافق بشدة .

و ذلك بوضع الحرف المناسب للإجابة المختارة أمام كل عبارة أو بند يجاب عليه. و على هذا الأساس يتم التصحيح أيضا ، إذ أن التنقيط فيما يخص الإجابات الخمسة المتدرجة ، يتم أيضا بشكل تدريجي من (1-5) ، و كلما كانت الدرجة المتحصل عليها في هذا السلم عالية ، كلما كانت هناك مشاكل في الشعور بفعالية الذات، و دل ذلك على تقدير منخفض لمستوى الشعور بفعالية الذات ، و العكس صحيح .

و لهذا الاختبار ، درجة جيدة من الثبات الداخلي ، و له أيضا درجة صدق عالية ، إذ ثبت وجود معاملات ارتباط ذات دلالة إحصائية ، بينه و بين اختبارات أو مقاييس أخرى،

كسلم التقدير الذاتي لـ (Rosenberg) (The Rosenberg Self - esteem scale)

### 3) تصميم البحث :

تقوم منهجية هذا البحث ، على المنهج العيادي ، بما يتوفر عليه من وسائل تقنية ، كالمقابلة العيادية ، و الاختبارات و المقاييس . مع الإشارة إلى أن التصميم المتبع في هذه الدراسة هو التصميم الفردي (single subject design) الذي يستغني فيه الباحث عن استعمال الأساليب الإحصائية ، كالتباين و معاملات الارتباط ، و غيرهما ، و يركز بالمقابل على اتباع نفس الخطوات في تطبيق البرنامج العلاجي ، المقترح مع كل فرد من أفراد العينة على حدة .

## الفصل الثاني

- طريقة إجراء البحث
- المراحل العلاجية المتبعة
- نتائج البحث
- مناقشة عامة للنتائج

## (1) طريقة إجراء البحث :

تمت إحالة أفراد العينة على الفحص النفسي ، عن طريق استدعاءات وجهها الطبيب المشرف على عملية المراقبة الطبية ، الخاصة بمرضى السكري في العيادة ، بعد أن تم إقناعهم بنوع المساعدة التي من الممكن أن يقدمها لهم العلاج النفسي ، و بالفائدة التي من الممكن أن تعود عليهم ، من خلال المواظبة على الحضور في المواعيد المحددة من طرف المختص النفسي لتلقي العلاج . و قد إلزم أفراد العينة بالحضور إلى العيادة في المواعيد المعطاة لهم ، لإجراء المقابلة الأولى ، بعد أن أدركوا العلاقة بين ما سوف يقدم لهم من خلال تلك الحصص العلاجية ، و بين أسلوب تعاملهم اليومي مع مرضهم .

و بعد أن تم الإتصال بأفراد العينة ، طبقت نفس الخطوات مع الجميع ، كل على حده ، إذ كانت المقابلة العيادية هي الخطوة الأولى ، ثم تلتها بعد ذلك الخطوات الأخرى الموالية ، بدءا بتطبيق أولى للإختبارات المستعملة في هذه الدراسة ، ثم تنفيذ خطوات العلاج النفسي المقترح (نموذج حل المشكل) . و بعدها توقف المفحوصون عن الحضور إلى حصص العلاج النفسي ليعودوا إليه بعد مرور أربعة (04) أسابيع من تطبيق العلاج . و عندها أعيد عليهم تطبيق الإختبارات للمرة الثانية ، حتى تجمع النتائج المتحصل عليها قبل تطبيق العلاج و بعده ، ثم مقارنتها ببعضها البعض ، للتعرف على مدى الاختلاف في عامل التوافق السيكلولوجي مع وضعية الإصابة بالمرض داخل العينة ، بعد تقديم العلاج النفسي المتمثل في نموذج حل المشكل.

و بعد عرض الطريقة المتبعة في إجراء هذا البحث ، ستتطرق فيما يلي إلى عرض مراحل النموذج العلاجي المقترح في هذا البحث ، و التي تم تتبعها و التقيد بها مع كل أفراد العينة ، مرحلة ، مرحلة .

و سنكتفي بذكر المراحل العلاجية حسبما تم توزيعها على الحصص العلاجية قبل أن نعرض الحالات المدروسة « مرة واحدة فقط ، بهدف تفادي تكرارنا لذكر هذه المراحل كلما قدمنا حالة من الحالات المدروسة ، مادامت الخطوات و مراحل العلاج نفسها ، قد طبقت مع جميع أفراد العينة ، و قد كان توقيت الحصة (45-50 د . لكل حصة ) .

## **( 2 ) المراحل العلاجية "النموذج حل المشكلة**

**" (PROBLEM - SOLVING MODEL) :**

تم توزيع الحصة العلاجية حسب الخطوات التي يحتويها هذا النموذج ، إذ خصصنا لتنفيذ كل مرحلة من المراحل العلاجية فيه ، حصة لوحدها ، فكان عدد الحصص العلاجية المطبقة على أفراد العينة ، خمس حصص لكل فرد فيها ، بغض النظر عن الحصتين الأوليتين اللتان تم فيهما اجراء المقابلة بالاضافة الى تطبيق الاختبارات المشار إليها سابقا ، قبل تنفيذ مراحل العلاج . فكانت مراحل العلاج موزعة على الحصة بالشكل التالي:

### **( 1 ) الحصة العلاجية الأولى**

#### **(مرحلة تحديد المسار الذي يأخذه المشكلة ) :**

حاولنا في هذه الحصة أن نعمل على تأسيس عادة (habit) لدى أفراد العينة ، تساهم مساهمة كبيرة في إنجاح تقنية "حل المشكلة" العلاجية ، و لتأسيس مثل هذه العادة ، كان علينا أن نوضح لهم ، أهمية و ضرورة وجود عنصر القدرة على تحديد "الوضعيات الإشكالية" ، و ذلك بالاستفادة من مشاعر الإحباط التي كانت تسيطر عليهم (كالبكاء من حين لآخر عند بعض أفراد العينة ، الشعور بالعجز و الفشل ، وغيرها من مشاعر الإحباط التي بدت على أفراد العينة) للإشارة إلى وجود مشكل حدير بالحل يتمثل في صعوبة توافقهم سيكولوجيا مع المرض.

و كان علينا أن نؤكد لهم أيضا على ضرورة النظر إلى مرضهم ، على أنه وجه عادي من أوجه الحياة ، و ألا يعطى حجما أكبر من حجمه الفعلي . كما أن الهروب من مواجهة المشكل (وضعية المرض) و عدم تقبله كحقيقة واقعة ، لا يساعدهم على التعرف على هذا المشكل بعمق و عن كثب ، و لا على الجوانب المحيطة به . و ما وجود المختص النفسي هنا ، إلا لتوفير طريقة أكثر ملائمة للتعامل مع هذا المشكل ، و ذلك بالتعاون الفعلي و الضروري في نفس الوقت من جانبهم . و قد أكدنا لهم ان هذا التعاون المنتظر منهم ، لا يمكن أن يتم إلا بتوفير شرط أساسي من جانبهم ، و هو الشعور بفعالية الذات ، إذ يساعدهم هذا الشعور على تجاوز حالة الإحساس بالعجز و الفشل و التقصير . و قد تم التركيز بشكل شديد على هذه النقطة و على أهميتها ، في توضيح فكرة أن المشاكل التي يتعرضون لها فيما يخص تعاملهم مع مرضهم ، ما هي إلا نتيجة لسلوكياتهم اللاتوافقية أو الغير متلائمة مع معطيات المشكل المطروح.

و هنا تم تذكير أفراد العينة بالدور الذي يمكن أن يلعبه المختص النفسي في تلقيتهم كيفية أكثر فعالية للتعامل مع المشكل المطروح ، و مع ما ينجر عنه من مشاكل فرعية.

و بعد أن استوعب أفراد العينة خطوات هذه المرحلة العلاجية الأولى، لاحظنا عليهم بعض الارتياح المصحوب بالرغبة في مواصلة العلاج ، بعد أن كان البعض منهم لا يبدو متحمسا كثيرا لفكرة العلاج النفسي ، خصوصا و أنهم لم يكونوا متفهمين لنوعية المساعدة التي من الممكن أن يقدمها لهم هذا النوع من العلاج في عملية توافقه مع مرضهم . فوجدنا البعض منهم يتساءل عن الموعد اللاحق ، بالرغم من أننا قد شرحنا لهم كيفية سير حصص العلاج النفسي ، و توقيتها الزمني مسبقا.

## **2)الجلسة الثانية (مرحلة التعريف بالمشكل و صياغته)**

في هذه الجلسة ، بدأنا أولا ، بمحاولة تذكير أفراد العينة بأهم ما دار من محاور في الجلسة العلاجية الأولى . و قد وجدنا أن معظم أفراد العينة ، يتذكرون بشكل جيد أهم ما دار من نقاط و معطيات في الجلسة الأولى ، خاصة فيما يتعلق بعنصر الشعور بفعالية الذات ، و ضرورة النظر إلى وضعية المرض كوجه عادي من أوجه الحياة .

و بعد ذلك انتقلنا إلى المرحلة العلاجية الثانية ، بدءا بالتركيز على عنصر التعود على التريث ، وعدم الهروب من مواجهة المشاكل . إذ تم إفهام أفراد العينة بأن التسرع في معالجة المشاكل المطروحة ، أو تجنب مواجهتها ، لا يزيدها إلا تعقيدا ، و حتى و إن تم التوصل إلى حل بشأنها ، فإن ذلك الحل من المحتمل ألا يتماشى مع كل عناصر المشكل و الظروف المحيطة به ، و هو الأمر الذي يخلق نوعا من الشعور بعدم الفعالية ، أو بعدم القدرة على إيجاد حلول للمشاكل قيد المواجهة.

و لهذا السبب فإن التعود على التريث في حل المشاكل ، و التعامل معها بنوع من الواقعية ، محور اساسي من محاور هذا النموذج العلاجي ، و لذلك تم التركيز على ضرورة الابتعاد عن التعامل مع المشكل (وضعية المرض) كعنصر مولد للضغط يستحيل على صاحبه تجاوزه ، أو التوصل إلى حل بشأنه .

و بعد أن تبينت أهمية هذا العنصر لدى أفراد العينة ، انتقلنا بعد ذلك إلى نقطة أخرى في هذه المرحلة الثانية . و فيها حاولنا أن نؤكد لأفراد العينة على أهمية الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المشكل (المرض) ، لأن ذلك من شأنه أن يوفر لهم، مادة ثرية من المعطيات المكونة للمشكل ، فيمكنهم من إزاحة الغموض عن ماهية المشكل و طبيعته و مكوناته . لأن المشكل إن سادته الغموض ، و لم يتمكن صاحبه من التعرف عليه و التعريف به بوضوح ، من الممكن أن يقوده ذلك إلى التعبير عنه بشكل خاطئ ، أو يجعله يشعر بصعوبة التعبير عنه بشكل واضح . و على هذا الأساس ، فإن عملية التعريف بالمشكل الذي يعانون منه ، تقتضي منهم أن يحرصوا على:

- الحصول على كل المعلومات الممكن توفرها حول المرض ، كطبيعة المرض ، عوامله و مظاهره (كاستعاب فكرة أن الشعور بالإعياء الشديد في بعض الأحيان ، و خاصة بعد بذل جهد كبير ، هو مظهر عادي و طبيعي ، من المظاهر الإكلينيكية لمرض السكري) ، مساره و العوامل التي تحكم هذا المسار (كالالتزام بالحمية ، و بالتمارين الرياضية البسيطة ، و بالمراقبة المستمرة) ، و المضاعفات المحتملة و المتوقع حدوثها في بعض الحالات و الظروف المساعدة على نشأة مثل تلك المضاعفات



(كالتهاب قرينة العين ، اصابة القلب و الكلى) ، و غيرها من المعلومات الخاصة بالعلاج ، وبالوقاية من هذه المضاعفات و بمسار المرض عموما.

و قد لفتنا انتباه أفراد العينة إلى إمكانية التحاقهم ببعض الجمعيات المكونة خصيصا لهذا الغرض ، بغية التعرف عن قرب و بشكل صحيح عن مرضهم، من خلال أشخاص مؤهلين لمثل هذه المهمة ، كما أنه باستطاعتهم أن يطلبوا تلك التوضيحات من طبييهم المعالج ، إن لم تتوفر لهم فرصة الالتحاق بمثل تلك الجمعيات.

- الفصل أو التفريق بين الوقائع الحقيقية التي تنبثق عن الوضعية المشكل (المرض) و بين بعض الإستنتاجات الخاطئة و التوهمة التي تبدو لهم و كأنها حقائق لا يمكن تجاوزها ، كأن يسلموا بفكرة أن الإصابة بمرض السكري تعني لهم ، أنهم أصبحوا غير قادرين على ممارسة أي عمل ، مهما كانت بساطته ، أو أنهم ليسوا بباقي الناس من غير المصابين بالسكري . و هنا عدنا إلى تذكير أفراد العينة بفكرة أن المشاكل التي يتعرضون لها في ممارسة حياتهم اليومية ، ما هي إلا نتيجة لسلوكياتهم اللاتوافقية ، أولاساليبهم الخاطئة في التعامل مع تلك المشاكل الناجمة عن وجودهم تحت ضغط سيكولوجي، ممارسه عليهم وضعية الإصابة بالمرض . و لهذا ، و حتى يتم التوصل إلى أسلوب توافقي و فعال في التعامل مع وضعية المرض عموما ، عليهم أن يقوموا بعملية حصر لكل الجوانب و المظاهر المصاحبة لهذه الوضعية ، حتى يتمكنوا من ضبط متغيراتها ، و التحكم في عواملها ، و بهذا الشكل ، يمكنهم التوصل إلى تعامل فعال مع تلك الوضعية المشكل.

- تسطير أهداف واقعية لحل المشكل . و قد حرصنا على توضيح مدى أهمية أن تكون الأهداف المسطرة على جانب كبير من الواقعية ، لأن البحث عن أهداف واقعية قابلة للتحقيق و يمكن تطبيقها في واقعهم ، يضعهم في مواجهة حقيقية و فعلية ، و جدية أيضا مع المشكل المطروح ، و يبعدهم عن استعمال أسلوب التجنب و التفادي

كما أن الأهداف المسطرة إن لم تكن قابلة للتحقيق من طرف أفراد العينة ، و كانت على مستوى عال ، يتجاوز إمكانياتهم ، فإن ذلك يؤدي إلى الشعور بالعجز و بالنقص و الفشل ، و هو أمر نحاول منذ البداية الابتعاد عنه.

و بعد تسطير أهداف قابلة التحقيق ، تأتي الخطوة الموالية ، و هي المتعلقة بتحديد النتائج المراد تحقيقها . و المتمثلة في تجاوز مرحلة العجز و التقصير الذي يشعر به أفراد العينة ، بالإعتماد على أهم النقاط و الخطوات العلاجية التي تم التركيز عليها في الحصتين العلاجيتين الأولى و الثانية.

### **(3) الحصة العلاجية الثالثة ( مرحلة تأسيس الحلول أو البدائل ) :**

حاولنا في هذه المرحلة العلاجية ، إيجاد قائمة من الحلول التي لها القدرة على توفير تعامل ملائم مع المشكل (وضعية المرض) ، و على تخفيف حدة الضغط السيكولوجي الذي يكون ذلك المشكل مصدرا له . و قد وضعنا لأفراد العينة ، أنه للوصول إلى هذا الهدف ، عليهم أن يأخذوا بعين الاعتبار ثلاثة نقاط أساسية هي :

- الأخذ بجميع الحلول التي من الممكن أن ترد إلى أذهانهم دون أن يسادروا إلى انتقادها أو الحكم عليها مبدئيا ، و هو الأمر الذي يجعل احتمال الحصول على حلول جيدة يكون أكبر ، على العكس عندما يختارون مباشرة و بصفة فورية حلولاً تبدو لهم جيدة ، منذ الوهلة الأولى ( و هنا عدنا إلى تذكيرهم بضرورة تأجيل الحكم على الأشياء و التعمد على التريث ، و الابتعاد عن التسرع. )

- كلما كان عدد الحلول الواردة إلى الذهن أكبر ، كلما زاد احتمال العثور على حلول جيدة او فعالة في معالجة المشكل . و لهذا السبب يتوجب عليهم أن يأخذوا بعين الاعتبار، كل الحلول التي ترد إلى أذهانهم دون مناقشتها مبدئيا ، أو الحكم على قلة فعاليتها ، ثم بعد ذلك ، يمكنهم أن يختاروا منها الحل الذي يرونه الأفضل و الأنسب في وضع حد لمشاكلهم . و بعدها، يمكنهم إيجاد الوسائل الفعالة لتنفيذ ذلك الحل أو مجموعة الحلول المنتقاة لمعالجة المشكل المطروح.

و قد عملنا في هذه الحصة على تهيئة أفراد العينة للمرحلة العلاجية القادمة ، و المتعلقة باتخاذ القرار ، و ذلك بمحاولة استرجاع أهم ما جاء في المحصص الثلاثة الماضية ، و محاولة الربط بين ما تم و ما اتفق عليه في تلك المحصص « من ضرورة التقدير (appraisal) الجيد للوضعية الحقيقية للمرض ، انطلاقا من اعتقاد أفراد العينة بأهمية فكرة عدم تضخيم المرض ، و عدم النظر إليه على أنه عائق مزمن يستحيل التغلب عليه ، و وجوب الشعور بفعالية الذات ، وبالقدرة على تحقيق تلك الفعالية في جوانب عديدة من جوانب حياتهم اليومية.

#### **4- الحصة العلاجية الرابعة (مرحلة اتخاذ القرار) :**

في هذه الحصة ، و بعد التأكد على عنصر الشعور بفعالية الذات ، و تسطير الهدف الخاص بإيجاد قائمة حلول تماشى مع طبيعة المشكل و العوامل المحيطة به ، في الحصة الثالثة من مراحل العلاج ، توصل أفراد العينة إلى اتخاذ قرار شامل بشأن معالجة الوضعية الضاغطة التي يعانون منها ، من خلال إصابتهم بمرض السكري ، و ذلك بـ :

- الابتعاد عن إجراء مقارنة بينهم و بين الأشخاص الآخرين ، و تقبل ذاتهم كما هي دون الشعور بالنقص أو بعدم الفعالية و التخلص من فكرة العجز.

- التعامل مع وضعية المرض و مع المشاكل التي تنجم عنها بنوع من التزوي و العقلانية ، و بعيدا عن أسلوب الهروب و السلبية.

- الإقناع بفكرة "العمل" من أجل أن يشغلوا أوقاتهم ، و يمارسوا نشاطاتهم الإجتماعية العادية دون أن يأخذوا من المرض حجة أو ذريعة يلجؤون إليها ، كلما شعروا بعجز أو بتقصير في أدائهم لتلك النشاطات.

- نظرا لطبيعة المرض التي تفرض نوعا من الإلتزام ببعض الشروط و التعليمات الطبية التي ينصح بها في مثل هذه الحالة (كالمراقبة الطبية المستمرة ، و النظام الغذائي المحدد) ، و نظرا لسن بعض أفراد العينة

فإن البعض منهم ، ارتضى أن يقتصر نشاطه على بعض الأعمال التي لا تتطلب جهدا كبيرا ، و التي لا تغلب الشعور بالإعياء الشديد . في حين تمسك البعض الآخر بمن لا يعانون من عامل السن ، بممارسة نشاطاتهم المعهودة.

- أدرك أفراد العينة أن حالة القلق و الضغط النفسي التي يشعرون بها عندما يفكرون في مرضهم ، تزداد كلما بقوا لوحدهم ، و أن تفكيرهم المتواصل في مرضهم و في الحالة التي أصبحوا عليها ، يقودهم إلى حالة من الأرق ، و الشعور بالعجز و بالتعب الشديد دون بذل أي مجهود . و لهذا توصلوا إلى فكرة أنهم لو تجنبوا البقاء بمفردهم لوقت طويل ، ربما سيتمكنون من تفادي التفكير المستمر في مرضهم ، و سيساعدهم على التغلب على الأرق أيضا ، فيوفر لهم الراحة الذهنية و الجسدية.

هذه المجموعة من الحلول ، تشكل نموذجا عاما من القرار الذي خرج به مجموع أفراد العينة ، وهناك بعض الإضافات الجزئية التي ربما ينفرد بها البعض ، و ذلك تبعا لمعطيات كل حالة ، إلا أن أفراد العينة اتفقوا جميعا في هذه النقاط ، لاتخاذ قرارهم بشأن معالجة الوضعية المشكل.

### **5) الحصة العلاجية الخامسة (مرحلة تنفيذ الحل و التحقيق):**

في هذه الحصة العلاجية النهائية ، و بعد اتخاذ القرار بشأن الوضعية المشكل ، أعطيت لأفراد العينة التعليمات النهائية الخاصة بهذا النموذج العلاجي "نموذج حل المشكل" و المتمثلة في مباشرة أفراد العينة لتجريب مجموعة الحلول المنتقاة و المتفق عليها في المرحلة الرابعة من العلاج ، ثم تسجيل النتائج المنبثقة عن تجريب تلك الحلول المختارة ، و كذا النتائج الإنفعالية الناجمة عن تطبيق القرار المتخذ سابقا.

و بعد عملية التسجيل هذه ، تأتي عملية تقييم (evaluation) النتائج المتوصل إليها بعد تطبيق القرار (مجموعة الحلول) ، و مطابقتها مع النتائج المرغوب فيها ، قبل تنفيذ الحلول المسطرة في الحصة العلاجية الرابعة. فإن أسفرت هذه المطابقة بين النتائج عن شعور بالرضى و الارتياح ، أدى ذلك إلى توفير إحساس بفعالية الذات لدى أفراد العينة ، و إن حدث العكس ، رجعنا إلى المراحل العلاجية السابقة.

للبحث عن الخلل ، و الكشف عن موقعه . و كلما كان الخلل أعمق توجب البحث عنه في المراحل العلاجية الأولى.

( نشير إلى أنه لم يحدث و أن حصل تناقض بين النتائج المتوصل إليها بعد تجريب الحلول المتوصل إليها من طرف أفراد العينة ، و بين النتائج المسطرة سابقا ، و ذلك مع أفراد العينة الستة (06) الذين طبق عليهم نموذج حل المشكل ، من أصل سبعة (07) مصابين ، حيث أن الفرد السابع في العينة ، لم يطبق عليه العلاج ، بعد أن اتضح من خلال نتيج المقابلة العيادية و نتائج الاختبارات المطبقة عليه ، أن الإصابة بالسكري لا تشكل بالنسبة إليه مصدر ضغط نفسي ، اجتماعي ، وهو يدي مستوى من التوافق السيكولوجي يمكنه من تجاوز الانعكاسات التي من الممكن أن تتركها الإصابة بالسكري على جوانب حياته المختلفة . و يمكن مراجعة النتائج التي تحصل عليها في الاختبارات المطبقة عليه ، للتأكد من ذلك ولهذا ، تم الاستغناء عن فكرة تقديم العلاج النفسي له كباقي أفراد العينة . )

- بعد أربعة أسابيع من تاريخ انتهاء الحصص العلاجية ، استدعي أفراد العينة ، من أجل إعادة تطبيق الاختبارات المستعملة في هذا البحث و هي (اختبار المقاومة ، اختبارالقلق ، اختبار فعالية الذات ، واختبار تقدير الذات) . و دونت النتائج المتحصل عليها في جداول ، لمقارنتها بالنتائج المسجلة قبل تطبيق العلاج . و ذلك بهدف الكشف عن مدى فعالية هذا النموذج العلاجي في توفير توافق سيكولوجي لمرضى السكري مع مرضهم.

و فيما يلي عرض لكل الحالات المدروسة بكل الخطوات المتبعة و النتائج المتوصل إليها ، حالة بعد حالة . بدءا بتقديم الحالة ، ثم عرض النتائج (الخاصة بالمقابلة ، و بالاختبارات المطبقة في البحث ، قبل و بعد تطبيق التقنية العلاجية ) ، ثم التعليق على النتائج (المتحصل عليها في المقابلة ، و بعد تطبيق الاختبارات ) لنتهي أخيرا بمناقشة النتائج

و بعد الإنتهاء من عرض كل الحالات المدروسة في عينة البحث مرورنا بالخطوات المذكورة آنفا

، سخدم ذلك كله بمناقشة عامة لنتائج البحث كله .

### (3) نتائج البحث

#### (1) الحالة رقم (1): السيدة (م)

##### (1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى,

السن : 54 سنة,

بداية الإصابة بالسكري : منذ 12 سنة,

متزوجة ,

لا تعمل ,

##### (2) عرض النتائج :

##### (أ) عرض نتائج المقابلة :

أول ملاحظة يمكن قولها حول السيدة (ع) ، عندما حضرت إلى الفحص النفسي ، هي أنها أجهشت بالبكاء فور شروعا في إجراء المقابلة معها و بمجرد سؤالنا عن حالها منذ إصابتها بالسكري . كما أنها كانت تشرع في البكاء من حين لآخر ، طول فترة إجراء المقابلة .

أما إجابات السيدة (ع) حول أسئلة المقابلة فكانت كما يلي :

"انهار اعرفت بللي عندي السكر ، حسيت روحي مت و حيت اتقلقت بزاف ، و ليست نعيمط ، تغميت ، ما أمتتش روحي ، بصح ضرك والفتو شوية ، بسيف عليا نوالفو . قبل ما نمرض بالسكر ، كنت انتشوف الناس اللي مراض بيه ، كانوا يغيضوني ، و ضرك كي مرضت به أنا ، و ليست وحدي نبكي (و أجهشت بالبكاء) .

- يقلقني المرض ، يقلقني بزاف ، و بالكثرة مع الدراري ، راكي عارفة اللي عندو الدراري.

راني قابلاتو المرض ، واش ندير ، هذي حاجة ربي ، لو كان برك ما يجنيش مرض وحداحر.

نحس بضيقه الخاطر ، لو كان انصيب مرات غير ساكنة ، ما نهدر ، مانتكلم ، ما ناكل مانسرب ما يهدرو معاي. نحب مرات لو كان برك يخلوني ساكنة. السكر بدلي حياتي ، اصبحت عاجزة ، فاشلة في قولاي ، تغيضني عمري ، كفاه كنت و كفاه وليت . ما نخدمش فالدار ، ما نقدرش نخدم ، نحس لحمي طايب.

-أنا ما نتقلقش كي يعرفوا الناس مرضي ، ربي اعطاه لكل واحد ، ماذايما يعرفوا . برك اللي تقلقني كي يقولولي اعلاه دايمن اتقولي راني مريضة ، راني مريضة.

عمرو اللي كون بصحتو ما يكون كما اللي راحتو صحتو ، عند باهم راني نتمسخر كي نقول راني مريضة . و على هذا ما نجيش انبات عند الناس ، ما نجيش انروح لعراس.

لو كان نقدر نخدم ، انحب نخدم ، بصح كي بناتي يقولولي ، ما بكش المرض ، والفني مانتخدمش برك ، هذي تقلقني و نولي نيكلي.

- ما عندي حاجة ، انقسر مع الناس كامل ، نشتكلي بزاف ، نيكلي بزاف كي نحكلي على مرضي للناس ، و هو ما ما يجبوش يجبدولي على مرضي.

-أنا و راجلي ما نتفاهموش ، même كي كنت صحيحة ، ما نتفاهموش ، دايمن فالزعاف ، بصح ضرك ، ملي مرضت يساعفني ، كي يشوفني تقلقت ما يقوليش . و انا ما نعملش راجلي ملي احكمني السكر ، نفسي ماهيش كيما كانت بكري ، و هو يساعفني ما يقوليش وعلاه:

- ضرك والفت هذاك النظام ، الرجييم حتى و هو اصعب ، بصح بسيف نوالفوا ، وراكي عارفة الرجييم ، ما تقدرش اتبعيه دايمن ، خطرة يكون ، خطرة ما يكونش.

- راني انشوف في روحي ماشي كما بكري ، نقول ، شوف الصحة كفاش رخستني . كي تفكر مرضي ، ثم ثم نتقلق و نولي نبكي (و بكت هنا و تدخلنا لتهدئتها ، ثم عدنا لأسئلة المقابلة) ،

- كي روحو بناتي ، نخدم شوية ، بصح ما نقدرش ما تجينيش خدمتي كما بكري ، ما تعجبينش . -شحال من مرة ، نقول لو كان جانتي مرارة ، لو كان نجيها ، لو كان ذيك ، و مرض السكر هو اللي راه متعبي ، خلاني عاجزة ، نتخيل بزاف لو كان راني مريضة بمرض واحد آخر خير . نقول بلي لو كان ما مرضتش بالسكر لو كان راني لاباس عليا ، و نولي نبكي ، ما نصبرش كامل .

- نعم ، كي يولي كاش واحد يحكي لي على مرضو ، نحس كلي أنا ما عندينش هذاك المرض . نحس روحي بللي ريجت ، ضرك ما هوش هامي كما كان ، شوية ، ما نيش نتقلق كما كنت ، راني قابلتو كما راه ضرك ، هاذي حاجة ربي ، و اللي يشتكي لي نعذرو .

-خطرات يجيني في بالي ناكل كما الناس كامل ، ما نديرش الريجيم ، و نموت ، الموت وحدة . واش راحة انعيش ما عشت .

-ان شاء الله ، انكون خير من كما راني ، و علاه لا لا . نقول بلي لو كان نقدر ما نتقلقش و نصبر نولي كما كنت ، بلاك نخدم ، و نعاون بناتي ، نخرج ، ندخل ، و علاه لا لا ، بصح ما ضنيتش اللي راحتو صحتو ، تعاود توليلو . °

#### ب ) عرض نتائج الاختبارات المستعملة في البحث :

في الحصة الثانية ، كانت السيدة (ع) في حالة أحسن و أهدأ من ذي قبل ، إذ ذكرت لنا بأنها تشعر بنوع من الارتياح الإنفعالي بعدما تكلمت عن مرضها (فرغت قلبي) كما قالت . و أخبرتنا بأنها مستعدة للخطوات المتبقية من العلاج ، فشرحنا لها ، بأنه للوصول إلى تطبيق العلاج بخطواته كلها ، علينا أن نمر بإجراءات أخرى هي أيضا أساسية و ضرورية . فبعد المقابلة ، علينا أن نطبق بعض الاختبارات ، وهي أيضا عبارة عن أسئلة تخص المصاب بالسكري ، و تخص أيضا تأثير هذا المرض و علاقته بمختلف



جوانب حياة المصاب به . و طبقت الاختبارات كلها في الحصة الثانية . و بعد تقديم العلاج ، أعيد تطبيق نفس الاختبارات ، اختبار المقاومة ، سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) سلم فعالية الذات (S.E.S) ، ومعامل تقدير الذات (I.S.E) . و دونت النتائج كلها في جداول ، حسبما يلي:

**\*نتائج تطبيق الاختبارات قبل العلاج :**

الأختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°63	°83	°77

-جدول رقم (1): نتائج تطبيق (I.S.E) (S.E.S) (S.A.S) قبل العلاج ، على السيدة (ع)

[ للحصول على معامل القلق ، كما جاء في تقديم الاختبار في الفقرة الخاصة بالتصحيح ، حول عرض الوسائل التقنية المتبعة ، نقسم العلامة أو الدرجة المتحصل عليها (°63) على (°80) (وهو مجموع الدرجات في الاختبار كله ) ، فيكون معامل القلق عند السيدة (ع) مساويا لـ : (0,78) . ]

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب		16	1
التقبلات		6	7
البحث عن المساعدة		8	6
التحفظات		7	2
توبيخ الذات		6	3
النمو		0	7

-جدول رقم (2) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) قبل تقديم العلاج للسيدة (ع).

نتائج تطبيق الإختبارات على السيدة (ع) بعد العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E. S)	معامل تقدير الذات (I. S. E)
الدرجات	°36	°74	°51

-جدول رقم (3): نتائج إعادة تطبيق (I.S.E) (S.E.S) (S.A.S) على السيدة (ع) بعد العلاج

(معامل القلق لدى السيدة (ع) بعد إعادة تطبيق الإختبار الخاص بسلم التقرير الذاتي للقلق ، نحصل عليه بقسمة الدرجة التي تحصلت عليها (36°) على 80° ، فيكون (0,45) .

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	4	13	
التقبلات	9	5	
البحث عن المساعدة	11	3	
التحفظات	7	2	
توبيخ الذات	3	6	
النمو	7	0	

-جدول رقم (4): نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) بعد تقديم العلاج للسيدة (ع).

### (3) التعليق على النتائج :

#### (أ) التعليق على نتائج المقابلة :

لو نظرنا إلى إجابات السيدة (ع) حول أسئلة المقابلة ، للاحظنا أن هناك العديد من العبارات التي ترددت أكثر من مرة ، مثل (تقلق بزاف ، نحس بضيقه خاطر ، نبكي بزاف ، نشتكى بزاف ، وغيرها من العبارات الأخرى) . الشيء الذي يدل على أن مرض السكري يشكل إلى حد ما ، مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة للسيدة (ع) . إذ غير لها مجرى حياتها ، فأصبحت كما تقول هي ، امرأة (عاجزة ، فاشلة من قوائمى ما نخدمش فالدار ، ما نقدرش لحمي طايب ،...) و أصبحت تفضل الوحدة و الإنعزال إذ تقول ، (لو كان نصيب مرات غير ساكنه ، ما نهدر ، ما نتكلم ، لو كان يخلونى غير ساكنه برك ، ... ما نجيش انروح عند الناس ما نجيش نروح لعراس).

كما نلاحظ أيضا أن إصابتها بالسكري ، قد أثرت سلبا على تقديرها لذاتها ، إذ تقول السيدة (ع) في إحدى إجاباتها عن أسئلة المقابلة ، (عمرو اللي يكون بصحتو مامو كما اللي رحتلو صحتو ، تغيضني عمري كفاه كنت و كفاه وليت ... راني انشوف في روحي ماشي كما بكري ، ... و ما نجيش خدمتي كما بكري) .

و نلاحظ أيضا أن إحساسها بفعالية ذاتها و بقدرتها على الإنجاز قد أصبح ضعيفا أيضا ، ويعبر عن ذلك قولها في العديد من المرات (ما نقدرش ، ما نخدمش في الدار ما نقدرش ، كي روحو بناتي ، نجب نخدم بصح ما نقدرش) .

أما من حيث مدى تقبلها للمرض ، فإننا نرى أن السيدة (ع) نجينا بأنها تتقبل حقيقة إصابتها بالسكري ، كواقع موجود ، فتقول (نقبلو المرض ، واش ندير ، هذي حاجة ربي) و لكنها تعود لتعبر لنا بشكل غير مباشر عن رفضها لهذا المرض و للوضعية التي هي عليها - عندما تقول مثلا : (نقول لو كان جاتي مرارة لو كان نخيتها ، ... نتخيل بزاف لو كان راني مريضة بمرض وحدآخر خير ، ... نقول لو كان ما مرضتش بالسكر لو كان راني لاباس عليا ) .

من جهة أخرى فإن تأثير مرض السكري على الحياة الزوجية أو الجنسية للسيدة (ع) يبدو واضحا من خلال قولها : (ما نعملش راجلي ملي حكمني السكر ، نفسي ما راهيش كما بكري . )

خلاصة القول إذن حول حالة السيدة (ع) هي أن الإصابة بمرض السكري ، تشكل فعلا مصدر ضغط سيكولوجي ، نجمت عنه صعوبات نفسية وإجتماعية وزوجية ، بالنسبة لهذه السيدة .

## ب) التعليق على نتائج الاختبارات :

### (\*) قبل تقديم العلاج :

بالنظر إلى نتائج الاختبارات المدونة في الجدول رقم (1) ، و الخاصة باختبارات (القلق ، فعالية الذات ، و تقدير الذات) قبل تقديم العلاج ، نستنتج أن السيدة (ع) تعاني من مستوى عال من القلق (63%) و بمعامل قدره (0,78) ، و هو ما يؤيد ما جاء في نتائج المقابلة .

كما أن الدرجة التي تحصلت عليها السيدة (ع) في سلم فعالية الذات (S.E.S) تدل على وجود مشاكل فيما يخص شعورها بفعالية ذاتها ، إذ أن مستوى فعالية الذات ينخفض في هذا السلم كلما كانت الدرجة المتحصل عليها عالية (أو كلما اقتربت من 100°) ، والسيدة (ع) ، تحصلت على (83°) في اختبار فعالية الذات .

و نفس الشيء ، يمكن قوله بالنسبة لنتائج معامل تقدير الذات ، إذ نلاحظ أنها تحسنت على (77°) و هي درجة عالية تشير إلى مستوى منخفض لتقدير الذات . و يمكننا أن نلاحظ أيضا أن نتائج سلم فعالية الذات (S.E.S) يمكن أن تدعمها نتائج المقابلة (كما جاء على لسان السيدة (ع) : ما نقدرش نخدم ، نحس روحي فاشلة) .

و الأمر نفسه بالنسبة لنتائج معامل تقدير الذات (I.S.E) ، إذ جاء في المقابلة قول السيدة (ع) : (راني انشوف روحي ماشي كما بكري ، ما تجينيش خدمتي كما بكري ، نقول شوف الصحة كي رخسنتي...) .

و تشير نتائج الجدول رقم (2) الخاصة باختبار المقاومة (W.C.C) قبل بداية العلاج ، أن السيدة (ع) تستعمل بشكل واضح، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، أكثر من الإستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة ضد المرض ، إذ نراها تستعمل عوامل الهروب و توبيخ الذات و التحفظات أكثر مما تستعمل عوامل التقبلات و النمو . و هذه النتائج أيضا تدعمها المقابلة و ما جاء فيها من إجابات في العديد من المرات (نبكي بزاف ، ما نيش كما بكري ، ما نقدرش نخدم ...) .

## (\* بعد تقديم العلاج :

سنستند في التعليق على نتائج الاختبارات المطبقة على السيدة (ع) بعد العلاج بالدرجة الأولى على المقارنة بينها و بين النتائج التي تحصلت عليها قبل بداية العلاج .

فلو قارنا بين نتائج الاختبارات المطبقة على السيدة (ع) قبل و بعد العلاج ، لوجدنا أن هناك فرق واضح بين هذه النتائج، فيما يتعلق بكل الاختبارات المطبقة . إذ نلاحظ أن مستوى القلق الناجم عن الضغط السيكولوجي الذي يولده مرض السكري عند السيدة (ع) قد انخفض بعد تلقيها للعلاج النفسي المتمثل في نموذج "حل المشكل" ، إذ بلغ مستوى القلق لديها قبل العلاج (63°) في حين انخفض بعده ، ليصل إلى مستوى (36°) .

و نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لنتائج كل من سلم فعالية الذات و معامل تقدير الذات ، إذ نلمس ارتفاعاً في مستوى الشعور بفعالية الذات ( 74° بعد أن كان 83° قبل العلاج) و في مستوى تقدير الذات ( 51° بعد أن كان 77° قبل العلاج) ( و نشير هنا إلى أن الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات ، ترتفع مستوياتهما كلما كانت الدرجات المتحصل عليها في الاختبارين الخاصين بقياسهما منخفضة) .

كما أن نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة بعد تقديم العلاج ، هي الأخرى ، تختلف عن نتائج تطبيقه في المرة الأولى (أي قبل العلاج) . إذ نرى أنه حدث انخفاض في نسبة استعمال الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، مقابل ارتفاع في نسبة استعمال الاستراتيجيات التي تركز على المشكل ، فقل استعمال السيدة (ع) لعاملي الهروب و توبيخ الذات في عملية المقاومة لديها ، في حين ارتفعت نسبة استعمالها لعوامل التقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو بشكل ملحوظ كما تشير إليه نتائج الجدول رقم (4) الخاص بنتائج اختبار المقاومة بعد العلاج .

#### 4) مناقشة النتائج :

من خلال نتائج المقابلة و نتائج الاختبارات المطبقة قبل تطبيق النموذج العلاجي المسمى بنموذج "حل المشكل"، يمكننا أن نلاحظ أن السيدة (ع) تقدر وضعية المرض على أنها "عائق اضطراري يمنعها من إنجاز ما ترغب فيه و أنها مصدر تهديد و أذى بالنسبة إليها". و قد نتج عن هذه العملية من التقدير المعرفي (cognitive appraisal) نوع خاص من التعامل مع تلك الوضعية التي تشكل مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة إليها، إذ يظهر ذلك من خلال استعمالها المكثف لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال. حيث نراها تستخدم بشكل ملحوظ، أسلوب الهروب والتجنب و توبيخ الذات، بينما لا تستخدم إلا بشكل قليل، الإستراتيجيات التي تركز على المشكل، كأسلوب التقبلات و النمو، الأمر الذي نتج عنه حسب اعتقادنا وجود مستوى عال من القلق لدى هذه السيدة. والمستويات العالية من القلق ينجر عنها عادة، نوع من الكف عن الفعل (Inhibition of action) بالإضافة إلى المستوى المنخفض في تقدير الذات و الشعور بعدم فعاليتها. و لو رجعنا إلى ما ورد في المقابلة مع السيدة (ع) للمسنا ذلك من خلال قولها (ما نخدمش، ما نقدرش نخدم، خدمتي ما تجنّش كما بكري، انشوف روحي ماشي كما بكري...).

أما بعد تطبيق النموذج العلاجي على السيدة (ع)، و بعد أن تغيرت عملية تقديرها لوضعية المرض، إذ ركزت أكثر على المشكل، نراها أصبحت لا تنظر إلى المرض على أنه "مصدر تهديد و أذى، و عائق يمنعها من إنجاز نشاطاتها المعتادة"، فحاولت أن تجد طريقة أكثر تلاؤماً مع ظروف و معطيات المرض، انطلاقاً من قبلها أولاً لوضعية المرض، ثم من اعتقادها بضرورة التعامل معه بصفة فعلية دون اللجوء إلى أسلوب التفادي أو الهروب.

و بتغيير الطريقة التي كانت السيدة (ع) تقدر بها وضعية المرض تغيرت أيضا استراتيجيات المقاومة التي كانت تستخدمها من قبل ، فأصبحت تعتمد على الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (Problem - focused strategies) في عملية المقاومة أكثر مما تعتمد على الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (Emotion -focused strategies) ، و ذلك باستعمالها لأساليب التقبلات و النمو بدرجة أكبر من استعمالها لأساليب الهروب و التجنب و التفادي ، كما يظهر من خلال الجدول رقم (4) الخاص باختبار المقاومة بعد تطبيق العلاج على السيدة (ع) . و انخفض مستوى أو معامل القلق لديها عندما تمكنت من الدخول في الفعل (put in action) بتنفيذها للإقتراحات البديلة التي خرجت بها في نهاية البرنامج العلاجي المقدم لها . و بالمقابل ازداد شعورها بفعالية ذاتها ، و ارتفع مستوى تقديرها لذاتها

تستنتج مما سبق أن السيدة (ع) ، عندما تمكنت بعد تلقيها للعلاج من تغيير نظرتها (التقدير المعرفي) لوضعية المرض ، أصبحت لديها فرصا أفضل لتعامل أنسب مع هذه الوضعية ، و هو الشيء الذي مكنها من تغيير أسلوبها في المقاومة ، بعد أن أصبحت هذه الأخيرة موجهة نحو المشكل و حل المشكل ، فانخفض بذلك مستوى القلق الذي كانت تعاني منه و عندها تمكنت من تخفيض حدة الضغط النفسي الذي كانت تسببه لها إصابتها بالسكري ، و هو الأمر الذي لم تتمكن من الوصول إليه عندما كانت تستعمل في عملية المقاومة ضد هذا المرض، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال بالدرجة الأولى ، بسبب التقدير المعرفي الذي كانت تصدره بشأن وضعية المرض قبل تلقيها للعلاج حينما كانت ترى أو تقدر وضعية المرض ،على انها مصدر أذى و تهديد (Harm and threat) بالنسبة إليها .



## II الحالة رقم (2) : السيدة (ف)

### (1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى .

السن : 38 سنة .

بداية الإصابة بالسكري : منذ 4 أشهر.

متزوجة و لكنها تركت بيت زوجها منذ إصابتها بالسكري و انتقلت لبيت أهلها.

لا تعمل .

### (2) عرض النتائج :

#### أ) عرض نتائج المقابلة :

في أول اتصال لنا بالسيدة (ف) ، و عندما كنا بصدد إجراء المقابلة معها ، لاحظنا عليها بعض الإنزعاج في بادئ الأمر ، إذ كانت تتكلم بصوت خافت و عبارات قصيرة ، كما أنها كانت منشغلة طوال الوقت بتمرير يدها على ذراعها الأيسر ، و كان يبدو عليها وكأنها تتألم منه ، و لكننا عندما سألناها عما اذا كانت تشعر بالألم في ذراعها ، و أنه بإمكاننا تأجيل المقابلة إلى موعد آخر ، حتى تتحسن ، أجابتنا بالنفي ، و أصرت على إجراء المقابلة، فشرعنا في إجرائها ، و كان محتوى المقابلة كما يلي :

"يقولو بللي السكر ، يجي كي يفرح الواحد و لا كي يزعف بزاف ، ونا وحدة جاني السكر

مالقلق ، كي نسمع الكلام و مانردش . كي مرضت اسمحت في داري وجيت لدارنا.

هو قالي قعدي و نا ما حبيتش ، ما نقدرش نخدم الشغل بالمرض . راني في دارنا خواتاتي راهم  
يخدمو عليا .

نحس السخانة ، تطلعلي الحمة لراسي ، نحس ركايبا يرجفوا ، وقلبي . أنا احكميني المرض  
كي كنت في داري مع ريبتي هجالة ، هي اتقول الفوق ونا انقول لتحت . و ضرك واش اندير راني  
متقبلتي ، ضرك اخلاص .

السكر بدلي حياتي « مع الناس ، الهدرة بطلتها ، لو كان انصيب العبد ما نقعدش معاه بزاف ،  
ما ننجمش نوقف معاهم كي يكونوا يقسروا فالدار ، انجب نقعد وحدي .

مانيش نقدر نخدم ، والو الخدمة . نحس بالفشل و العجز نحس روحي خفيفة ، تعبانة ، فاشلة .

- ما عندي حاجة ، المرض واش فيه ، كي يعرفوا بللي راني مريضة ، يخبي يعرفوني كفاه كنت  
بكري . في دارنا ما يحبوش كي يشوفوني نشتكى و لا راقدة même يقولولي ارقدي وحدك. على  
خاطر أنا نتقلق في رقادي ، و ثاني ندير القطران كي يطلعلي السكر، الناس قالولي مليح.

أنا ما بديتش نخرج ملي بداني المرض ، ما نجيش نخرج ماني نقدر نخدم والو دارنا يطيبولي . و  
نعب غير السكات و لا الهدرة اللي ما تقلقش ، ما نجيش لقلق.

أنا انجب انقسر مع وحده مريضة بالمرض انتاعي، بلاك تفهميني و نفهمها .

وضرك أنا ما نجيش نخرج على خاطر نخاف ننغم في الطريق ، مريضة واش تحبي ، و ثاني ما  
نعملش الهدرة ، و الهرشة ، ملي امريضة ادايتها غير سكات ، ما ننجمش نقسر و لا نهدير .

راجلي ابدال شوية ملي مرضت . و لا يتقلق . علابالك الراحل ، يحمل المرا الصحيحة ، هو  
ولا يتقلق مني ، يقولي دايمن كي ندخل نلقاك راقدة . و ثاني ماناش بيناتنا كما كنا بكري ، انقصلي  
بزاف le plaisir من جهته . و ثاني راجلي ولا يزقي بزاف ، يقولي جيتك انشوف فيك و تشوفي فيا  
؟ همالة ، أنا ثاني زدت كملت وجيت لدارنا و خلتيو .

أنا الرجيم ما يقلقنيش ، اتبعو كما كان الحال ، انقول برك نيرا و خلاص .  
و ملي مرضت وليت انقول بلي وليت عاجزة ، نقولها دايمن ، و نهدها بصراحة même . و نتقلق  
بزاف كي انشوف روحي عاجزة و فاشلة ، و ما نقدر اندير والو . بصح راني متمنية نيرا ، و نرجع كما  
بكري ، نخدم على روحي . على خاطر لو كان ما شي مرضت بالسكر لو كان راني كما بكري .  
السكر هو اللي طيحن هكذا ، و نظل نهدر مع روحي ، انقول اخلاص ماني قادرة اندير والو . même  
لو كان اتعب نخرج هكذا باش نريح و نسا شوية المرض ، ما نقدرش ، مانديرهاش ما نعملش الهراج  
و الهدره بزاف نتقلق .

حياتي راني انشوفها من جانب المرض ، ابدال عليا الحال ما كنتش هكذا ، ربع اشهور اتبدلت  
بيفيه . و ضرك ما تدخلش في راسي بللي راحة نيرا و نولي كما كنت بكري . و أنا ماذابيا ، لو كان  
انصيب نيرا من ضرك . بصح ما ضنيتش بللي راحة نيرا و نولي نعيش normal كما كنت بكري . "

### (ب) عرض نتائج الاختبارات :

بعد إجراء المقابلة مع السيدة (ف) انتقلنا إلى تطبيق مجموعة الاختبارات المستعملة في هذا البحث ، و هي الاختبارات الخاصة بقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات ، و بتقدير الذات بالإضافة طبعا إلى اختبار المقاومة . و ذلك في المقابلة الثانية معها ، و قبل بداية العلاج . و سجلت النتائج ، ثم عرضت السيدة (ف) لمراحل النموذج العلاجي المقترح في هذا البحث ، ليعاد عليها من جديد تطبيق نفس الاختبارات السابق ذكرها بعد تقديم العلاج طبعا . و سجلت نتائج تطبيق كل الاختبارات قبل و بعد العلاج ، في الجداول التالية :

\* نتائج تطبيق الإختبارات قبل العلاج :

الأختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°63	°83	°60

-جدول رقم (5) : نتائج تطبيق (I.S.E). (S.E.S). (S.A.S) على السيدة (ف) قبل العلاج .  
(معامل القلق بالنسبة للسيدة (ف) هو (0,78) .)

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	15	2	
التقبلات	7	6	
البحث عن المساعدة	6	7	
التحفظات	5	4	
توبيخ الذات	6	3	
النمو	1	6	

-جدول رقم (6) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على السيدة (ف) قبل العلاج .

**\* نتائج تطبيق الإختبارات بعد العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°33	°73	°52

-جدول رقم (7) : نتائج إعادة تطبيق الإختبارات (S.A.S ; S.E.S , I.S.E)

على السيدة (ف) بعد تلقيها للعلاج . (معامل القلق عند السيدة (ف) بعد العلاج = (0,41)).

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	2	15	
التقبلات	8	5	
البحث عن المساعدة	11	3	
التحفظات	7	2	
توبيخ الذات	3	6	
النمو	7	0	

-جدول رقم (8) : نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة على السيدة (ف) ، بعد

تلقيها للعلاج .

### (3) التعليق على النتائج :

بعد عرض النتائج الخاصة بالوسائل التقنية المطبقة على السيدة (ف) قبل و بعد تطبيق العلاج المسمى "بنموذج حل المشكل" ، نتقل إلى التعليق على النتائج حسبما جاء في الجدول ، و ذلك بالإستناد إلى محاولة الربط و المقارنة بين نتائج مختلف الإختبارات المطبقة ، و بين ما جاء في مقابلتنا مع السيدة (ف) . و سنبداً بالتعليق على نتائج المقابلة لننتهي بالتعليق على نتائج الإختبارات قبل و بعد تطبيق العلاج .

#### (أ) التعليق على نتائج المقابلة :

نستنتج مما جاء في المقابلة التي أجريناها مع السيدة (ف) ، أن إصابتها بالسكري ، تشكل فعلاً مصدر ضغط سيكولوجي بالنسبة لها . و تتجلى مظاهر ذلك الضغط في عدة مستويات، أبرزها ترك السيدة (ف) لبيت زوجها مباشرة بعد إصابتها بالمرض ، إعتقاداً منها بأنها أصبحت غير قادرة على تحمل أعباء مسؤوليتها كزوجة أو كربة بيت ، و لقد أفصحت عن ذلك بقولها : (كي مرضت ، اسمحت في داري وجيت لدارنا . هو قالي فعدي ، ونا ما قدرتش ، ما نقدرش نخدم الشغل بالمرض) .

كما أن السيدة (ف) ترى أن المرض قد غير لها مجرى حياتها ، فأصبحت لا تحتمل الإختلاط بالناس ، حتى المقربين إليها من أفراد أسرتها ، فهي تفضل الصمت على التحدث مع الغير ، (الهدرة بطلتها ، لو كان انصيب العبد ما نقعدش معاه بزاف ، ... انحب نقعد غير وحدي) (ما بديتش نخرج ملي ابداني المرض) .

و المرض أثر أيضاً على حياتها الزوجية ، و على علاقتها بزوجها إذ ترى السيدة (ف) ، أنها أصبحت غير قادرة على أن تقوم بدور الزوجة ، و هو الشيء الذي تنج عنه تغير في سلوك زوجها اتجاهها . فكثرت تعليقاته حول حالتها ، و أصبح يتذمر من شكواها الدائمة من المرض (اتبدل ، و لا يتقلق بزاف . بقولي دابس كي ندخل نلقاك راقدة ... بقولي جيتك نشوف فيك ، و تشوفي فيا ؟ ) .

و بالإضافة إلى هذه الاضطرابات التي أحدثها مرض السكري على حياة السيدة (ف) الاجتماعية و الزوجية ، فإن المرض قد أثر أيضا تأثيرا واضحا على حياتها النفسية ، فأصبحت تنظر إلى نفسها من باب العجز ، و من باب قلة الفعالية (ماني قادرة اندير والو)، و هي لا تستطيع أن تتصور حياتها خارج إطار المرض ، لأنها تعتقد أن العجز الذي تشعر به من جراء إصابتها بمرض السكري ، و الضغط النفسي الذي يسببه لها هذا الشعور بالعجز ، يمنعها بشدة من أن تعود لتمارس حياتها بمختلف جوانبها بشكل عادي (حياتي انشوقها من جانب المرض ) . كما نراها تشك في امكانية تجاوزها للنصاع و القيود التي يفرضها عليها المرض ، إذ تقول في هذا الشأن (بصح ما ضنيتش بلي راحة نبرا و نولي نعيش normal كما كنت بكري) .

### ب) التعليق على نتائج تطبيق الاختبارات :

#### \* قبل بداية العلاج :

إذا تفحصنا نتائج الاختبارات قبل بداية العلاج ، و قارناها بمحتوى ما جاء في المقابلة ، نرى أنها متطابقة إلى حد بعيد .

فمن خلال النتائج التي تحصلت عليها السيدة (ف) في كسل من اختبار القلق (S.A.S) و اختبار فعالية الذات (S.E.S) و اختبار تقدير الذات (I.S.E) ، المدونة في الجدول رقم (5) ، نرى أن هذه السيدة تعاني من مستوى عال من القلق ، حيث بلغ معامل القلق عندها (0,78) أو (63°) بينما تحصلت على (83°) و (60°) في اختباري فعالية الذات (S.E.S) و تقدير الذات (I.S.E) على التوالي . و هما درجتان تدلان على مستوى منخفض في تقدير الذات و في فعالية الذات أيضا . و كل هذه النتائج تدعمها نتائج المقابلة ، فقد لاحظنا أن السيدة (ف) تعاني من القلق و من مشاكل في تقديرها لذاتها و في شعورها بفعاليتها .



و الأمر ذاته يمكن قوله بالنسبة لنتائج تطبيق اختبار المقاومة، إذ نجد تطابقاً بين نتائجه و بين نتائج المقابلة ، و كذلك بينه و بين نتائج الاختبارات الثلاث (I.S.E , S.E.S , S.A.S) ، حيث أن السيدة (ف) تلجأ إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (كالمهروب ، و توبيخ الذات) أكثر مما تلجأ إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، البحث عن المساعدة ، و النمو) . و يمكن الرجوع إلى النتائج المسجلة في الجدول رقم (6) للإطلاع على ذلك .

### **\* بعد العلاج :**

الشيء الملاحظ على نتائج الاختبارات بعد تطبيق مراحل العلاج على السيدة (ف) هو وجود فرق بينها و بين نتائج الاختبارات قبل تقديم العلاج . إذ نرى أن نتائج الاختبارات الثلاثة الخاصة بقياس القلق و مستوى فعالية الذات ، و كذا تقدير الذات بعد تطبيق العلاج على السيدة (ف) ، تشير إلى انخفاض في معامل القلق ، حيث بلغ هذا الأخير (0,41) أو (33°) بعد أن كان قبل تطبيق العلاج (0,78) أو (63°) . كما تشير النتائج أيضاً إلى ارتفاع في مستوى كل من تقدير الذات و الشعور بفعالية الذات ، يقدر بـ : (52°) و (73°) على التوالي ، بعد أن كان قبل العلاج (60°) بالنسبة لمستوى تقدير الذات ، و (83°) بالنسبة لمستوى الشعور بفعالية الذات . (مع الإشارة إلى أن الدرجات العالية في اختباري (S.E.S) و (I.S.E) الخاصة بقياس مستوى فعالية الذات ، و مستوى تقدير الذات ، تشير إلى المستويات المنخفضة في كل منهما، و العكس صحيح) .

أما عن الاختبار الخاص بالمقاومة ، فيلاحظ من خلال نتائجه هو الآخر بعد تطبيق النموذج العلاجي ، أن هناك فرق بين هذه النتائج و بين النتائج التي تحصلت عليها السيدة (ف) في هذا الاختبار قبل العلاج ، إذ يظهر بشكل واضح لدى السيدة (ف) ، انخفاض في نسبة استعمالها للإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة (كالهروب ، و توبيخ الذات) مقابل ارتفاع في نسبة استعمالها لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو) . و يمكننا أن نلاحظ ذلك الفرق بوضوح ، لو رجعنا إلى النتائج المدونة في الجدولين (8,6) و المقارنة بينهما ، و هما الجدولان الخاصان بنتائج تطبيق اختبار المقاومة ، قبل و بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى " بنموذج حل المشكل" .

#### **(4) مناقشة النتائج :**

لقد أظهرت نتائج تطبيق الوسائل التقنية على السيدة (ف) قبل تعرضها للعلاج ، وجود انعكاسات واضحة لمرض السكري على حياتها النفسية و الاجتماعية و الزوجية ، و التي يمكننا أن نعبر عنها (الانعكاسات النفسية و الاجتماعية). بمصطلح "ضغط" (Stress) .

كما أظهرت نفس النتائج أيضا ، أن السيدة (ف) في معالجتها لوضعية الضغط المرتبطة بوجود المرض ، استعملت أساليب معينة لمقاومة ذلك الضغط الصادر عن الوضعية قيد المواجهة .

غير أن استعمالها لتلك الأساليب في عملية المقاومة ، لم يمكنها من تجاوز حالة الضغط المشار إليها ، فأثر ذلك على عملية التقدير الذاتي (self-esteem) لديها ، و أشعرها بقلّة فعالية ذاتها .

لقد انطلقت السيدة (ف) في عملية انتقائها لأساليب المقاومة ضد الضغط الذي كانت في مواجهة دائمة معه ، بسبب وجودها تحت وضعية المرض ، انطلقت من تقديرها لوضعية المرض ذاتها ، على أنها "عنصر ضرر و أذى (Harm) يهددها باستمرار و يمنعها من تحقيق ذاتها كفرد مسؤول يمارس حياته بشكل عادي " . و منه أتت عملية التقييم (Evaluation) التي أصدرتها السيدة (ف) بشأن إمكانياتها في مقاومة ذلك الخطر الذي يهددها . و بناء على اعتقاد السيدة (ف) بأنها أصبحت عاجزة ، و أن الوضعية التي هي عليها (وضعية المرض) أقوى منها ، فإننا نجدها تقيم (Evaluate) إمكانياتها في تلك المواجهة مع تلك الوضعية ، على أنها ليست في نفس مستوى هذه المواجهة ، و عندها قررت استعمال أسلوب الهروب و التجنب (Avoidance) كاستراتيجية مقاومة ضد وضعية المرض (علما بأنها تركت بيت زوجها أين تقع مسؤولياته على عاتقها لتزحل إلى بيت أهلها ، حيث أخواتها هن اللواتي يقمن بخدمتها).

غير أننا نرى أن استخدامها لاستراتيجية الهروب في عملية المقاومة ، لم يساعدها على تجاوز وضعية الضغط ، و لا على تخفيف حدة القلق و التوتر النفسي الذي تشعر به .

و لكن ، بعد تعرض السيدة (ف) للعلاج ، نراها تتراجع إلى حد كبير عن استعمال الإستراتيجيات الخاصة بتجنب وضعية الضغط ، و تتعد عن أسلوب الهروب في مواجهتها ، لتعوضها باستراتيجيات تركز أكثر على المشكل . و قد تم ذلك بعد أن زال اعتقاد السيدة (ف) بأن إمكانياتها في مقاومة وضعية الضغط ، لا تقل أهمية أو فعالية عن إمكانيات غيرها ما دامت ترى بأن وضعية المرض وجه من أوجه الحياة العادية ، و أنها لا تشكل بالنسبة إليها مصدر تهديد و خطر ، بقدر ما تشكل فرصة من فرص تحقيق الذات .

كما أدركت السيدة (ف) أن الإحساس بالعجز الذي كانت تشعر به أمام وضعية الضغط ، لم يكن ناجما عن تقصير في قدرتها على المقاومة ، و إنما هو راجع إلى أن انتقائها للإستراتيجيات التي استعملتها في عملية المقاومة لم يكن متماشيا مع تلك الوضعية من الضغط ومع معطياتها ، و عندها ارتفع مستوى شعورها بفعالية ذاتها ، و ارتفع معه مستوى التقدير الذاتي لديها . (و يمكن مراجعة الجداول 5، 6، 7، 8) ، و النتائج المدونة فيها للتأكد من ذلك ) .

### III ( الحالة رقم (3) : الآنسة (م) :

#### (1) تقديم الحالة :

- الجنس : أنثى .
- السن : 28 سنة.
- بداية الإصابة : منذ 9 سنوات.
- غير متزوجة .
- تعمل سكرتيرة في شركة وطنية.

#### (2) عرض النتائج :

##### أ) عرض نتائج المقابلة :

قبل شروعا في إجراء المقابلة مع الآنسة (ح) ، و قصد استكمال البيانات الخاصة بها ، سألناها إن كانت متزوجة ، فردت بنوع من السخرية و التذمر قائلة : (و علاه اللي عندهم السكر يتزوجوا؟ ..) و سكنت برهة من الزمن ، و هزت رأسها ، ثم أبدت لنا استعدادا لإجراء المقابلة ، و أكدت لنا اهتمامها بالأمر ، قائلة لنا بأنها في حاجة ماسة لمن يسمعها و يفهمها ، و أنها لظالما تمننت أن تكون زوجها لوجه أمام مختص نفساني ، لأنها في حاجة كما قالت إلى التحدث عن مرضها و عن معاناتها من الضيق ، والقلق اللذان يسببهما لها هذا المرض .

و بعد دردشة قصيرة معها ، شرعنا في إجراء المقابلة ، فكانت إجابات الأنسة (ح) على أسئلة

المقابلة كما يلي :

" يسمى الواحد اللي مريض بالسكر **condamné** خلاص ، فالدار تصيبي المشاكل ، ما تنجيش تعيشي بيه **normal** تحسي روحك قل بالناس ، **surtout** كسي نكون وحدي ، تروحي لكاش بلاس لازم ترفدي معاك الدوا ، تحسي بالتقص ، فالدار **malgrès** يرفدونني و كلش **mais** بزاف .

لو كان انصيب الواحد يخليني غير نخدم ، ما نجيش المشاكل ، الواحد كسي يحس بحاجة ناقصة ، لازم يعوضها بحاجة وحد اخررة .

أنا **une fois** واحد يقولي حاجة ما شي مليحة ، نتقلق تم تم . فالأول ما كنتش مصدقة بللي مرضت بالسكر **mais** ضرك ، كي شغل راه متزوج بيا ذاك السكر ، انهار كامل واحنا متعافرين . **des fois** ، نهادر مع روحي وحدي ، **desesperée** ، نقول لروحي ما تتزوجيش ماديريش الدراري ، ...

--و نا مادام راني نخدم ، نقولك الصبح ما نيش حاسة ، **mais** ، مرات انحس ، **surtout** كي نتفان مع خاوتي ، انقول ما نيراش ، راحة نبقا عالية على المجتمع . انقول لو كان ما نيراش ، شكون راح يقوم بيا . على خاطر لازم المساعدة ، ما نقدرش اندير كلش وحدي ، لازم **eviter** النار و كلش . و المحيط ثاني لازم يلعب دور ، لازم اللي يكون مريض بالسكر ، دارهم ما يقلقوهش ، ما يقولولو انت مريض ما والو .

كاين بزاف الناس اللي يحبوا مرضهم ، و هو ما عندهم سبة اعلاش يخبوه . أنا **déjà** في الخدمة ما كنتش انبان بللي عندي السكر ، و حتى هوما ما عرفوش بللي عندي السكر ، حتى بعد عام ملي ابديت الخدمة .

صبح ، انخس روحي غير مقبولة في الوسط انتاعي ، أنا بنفسى انخس بلي ناقصة في المجتمع ما  
نیش كما الناس كامل .

ما زال انروح عند الأقارب و كلش ، بصح ما نبقاش ، ديمن نقرا حسايي علاجال الدوا و  
كلش . و تاني فالمحيط ، انخس كي شغل شفقة ، ما يعاملونیش كإنسانة عادية .

أنا ما عندي حاجة ، انفسر مع قاع الناس ، الإنسان اللي مليح هذاك هو . أنا كي نهدر  
على مرضي تنقلق ، نتشوكا كي نهدر عليه ، نهدر بأسى .

اشكون اللي ما يفكرش فالزواج ، بصح للأسف ، ما كانش هاذ الوقت اللي يفهم لآخر ، و نا  
انحب نعيش كما انحب أنا .

مرض السكر ، sure يآثر على الحياة الزوجية ، أنا بنفسى انقول بلي انهيار غمض est ce que  
نقدر اندير كلش وحدي لما نكون بالحمل ، كيفاش اتكون حالي .

في الخدمة des fois نكون نخدم ، و انشوف حاجة ما تعجبنيش نخس بلعيا ، و نقولهم نخرج  
« نروح des fois نخدم normal و غير يجي واحد و يفكرني ، يقولي علاش ما تشوفيش لروحك  
تبطللي الخدمة و تتزوجي ، يفكرونى ذاك الوقت بمرضى .

اللي يخدموا معاي كاين اللي يتشوكا ، ما يصدقش ، كي بحال يعاون فيا هذا ، يحس كما انخس  
أنا و كاين تاني اللي يستهزاو ، يقولولي أنت مريضة ، في رمضان لازم تاكلي .

أنا غير الخدمة اللي ما نبطلهاش ، على خاطر الخدمة هي اللي منقصة عليا بزاف المشاكل في  
الدار . surtout كي الواحد ما عندو حتى مستقبل . الخدمة تنسيني بزاف فالمرض ، mais des fois ،  
يقولولي بطللي و تزوجي ، هنا نتشوكا des fois نبكي .

- انتبع الريجيم ، بصح ما شي بزاف ، الغلا و كلش، ما تقدريش تبعي الريجيم و تاكلي الحوايج  
اللي ترفندي روحك بيهم .

١ ، مأمنة انتاع الصبح ، بللي أنا إنسانة عاجزة ، على خاطر فالدار أي حاجة انتاع danger ما  
يخلونيش ندنا ليها ، même أنا نخاف نتوشيهما ، على خاطر الواحد يبطا باش يبرا .

c'est normal تنقلق ، يقلقني المرض (هنا تضرب بأصابعها على المكتب ، و تسكت  
للحظات ثم تواصل ) surtout كي نسمع الناس يقولوا آه مسكينة .

أحب نعرف أكثر على هذا المرض ، من الجانب المادي ، المعنوي ، الإجتماعي ،  
كلش . bien sûre ، نتمنى باش نبرا و ندير حاجة مليحة في احياتي."

### **ب) عرض نتائج الاختبارات :**

بعد القيام بالمقابلة العيادية ، و قبل تقديم النموذج العلاجي " نموذج حل المشكل " ، طبقنا على  
الآنسة (ح) مجموعة الاختبارات المستعملة في هذا البحث و هي اختبارات (المقاومة ، القلق ، الشعور  
بفعالية الذات ، و تقدير الذات) .

ثم طبقنا بعدها كل خطوات العلاج المقترح في هذا البحث ، ثم عدنا بعدها لتطبيق  
الاختبارات الأربعة السالف ذكرها من جديد ، و دونا النتائج كلها في الجداول التالية :



\* قبل بداية العلاج :

الاختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق	سلم فعالية الذات	معامل تقدير الذات
	S.A.S)	(S.E.S)	(I.S.E)
الدرجات	°55	°83	°59

-جدول رقم (9) : نتائج تطبيق الاختبارات (S.A.S , S.E.S , I.S.E) على

الانسة (ح) قبل العلاج . ( معامل القلق بالنسبة للأنسة (ح) هو حاصل قسمة درجة القلق عندها على مجموع الدرجات في اختبار S.A.S و هو بذلك = (0,68) . )

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب		14	3
التقبلات		8	5
البحث عن المساعدة		13	1
التحفظات		6	3
توبيخ الذات		6	3
النمو		5	2

-جدول رقم (10) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على الأنسة (ح) قبل

بداية العلاج .

\* بعد تقديم العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S.A.S)	سلم فعالية الذات (S.E.S)	معامل تقدير الذات (I.S.E)
الدرجات	°33	°63	°41

-جدول رقم (11) : نتائج تطبيق الإختبارات (S.A.S , S.E.S , I.S.E) على

الأنسة (ح) بعد تلقيها للعلاج . (معامل القلق بالنسبة للأنسة (ح) بعد العلاج هو

(0,41) .

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب		2	15
التقبلات		9	4
البحث عن المساعدة		11	3
التحفظات		8	1
توبيخ الذات		3	6
النمو		7	0

-جدول رقم (12) : نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة على الأنسة (ح) بعد

تعريضها للعلاج .

### (3) التعليق على النتائج :

#### أ) التعليق على نتائج المقابلة :

من محتوى المقابلة مع الأنسة (ح) ، نستنتج أن هذه الأخيرة ، تعيش وضعية المرض ، كعامل مسبب للإحباط من خلال تدميرها الشديد من هذه الوضعية التي تضعها في حالة ضغط نفسي اجتماعي بصفة مستمرة . و نستطيع أن ندرك ذلك ، إذا ما رجعنا إلى كلماتها المشحونة بالقلق و اليأس ( *condamné* ، راهو متزوج بيا ذك السكر ، انهار كامل و احنا متعافرين ، *desespérée* ، ما تتزوجيش ما ديريش الدراري ...). كما أن شعور الأنسة (ح) بالإحباط و حالة اليأس التي تطبع موقفها من وضعية المرض ، يصاحبها خوف واضح و صريح من المستقبل ، و شك أيضا في احتمال تمكنها من تجاوز حالة الضغط و القلق اللذان تسببهما لها وضعية المرض (انقول مانيراش ، راحة نبقي عالية على المجتمع انقول لو كان ما نيراش اشكون راح يقوم بيا) .

من جانب آخر و دوما في إطار موقف الأنسة (ح) من وضعية المرض ، نلاحظ أنها تقدر فعلا وضعية المرض كوضعية طاغطة. فهي تنظر إليها على أنها "مشكل معجز ، يعرقلها في الإستمرار في حياتها و بشكل عادي" و هو الأمر الذي يحسبها بالنقص (تحسي روحك قل من الناس ، تحسي بالنقص) و يدعم تقديرها المنخفض لذاتها (أنا بنفسى انحس بللي ناقصة في المجتمع ، مانيش كما الناس).

و بالرغم من تأكيدها على عدم مقدرتها على الإستغناء عن العمل، إلا أننا نعتقد أن الأنسة (ح) ، لا تلجأ إلى العمل إلا لأنها تجد فيه عاملا مؤقتا لتخفيف الضغط السيكولوجي المستمر الذي تشعر به إزاء وضعية المرض . و انطلاقا من هذا ، فإننا نعتقد أنها تستخدم عنصر " العمل " كأسلوب هروب من تلك الوضعية الضاغطة و ليس كحل نهائي و فعال لهذه الوضعية الإشكالية (غير الخدمة اللي ما نطلهاش ، على خاطر الخدمة هي اللي منقصة عليا المشاكل فالدار) و هو الشيء الذي منعها حسب اعتقادنا من الشعور بفعالية ذاتها و من إحساسها بقدرتها على تحمل مسؤولياتها الكامنة كشخص راشد بالدرجة

الأولى ، و كربة بيت مستقبلا بالدرجة الثانية (نقول انهيار اللي غرض est ce que نقدر ندير كلش وحدي ، لما انكون بالحمل ، كيفاش تكون حالي .). كما نستنتج أيضا من خلال محتوى المقابلة ، أن الأنسة (ح) قد وجدت مبررا مدعما لتقديرها المنخفض لذاتها و لعدم شعورها بفعالية ذاتها في مواقف المحيطين بها في كل من البيت والعمل ، حيث قالت بأنها لا تجدد في أسرتها الوسط المريح الذي يضمن لها التفهم و المساعدة ، خاصة و أنها تعتقد اعتقادا جازما بضرورة و أهمية المساعدة في حالتها ، لأن حالة العجز المستدرة التي ترافقها ، بسبب مرضها ، تتطلب ذلك حسب رأيها (لازم المساعدة ، ما نقدرش اندير كلش وحدي ، لازم eviter النار و كلش).

كما أن مواقف زملائها في العمل و في المحيط عامة هي مصدر قلق بالنسبة لها ، إذ يشعرونها بالشفقة ، و هو الأمر الذي يذكرها بعجزها ، و بالنقص الذي تشعر به مقارنة بالأصحاء (كاين اللي يستهزاو ، يقولولي ، انت مريضة في رمضان لازم تاكلي) ، (نحس كي شغل شفقة ، ما يعاملونيش كإنسانة عادية ... des fois نخدم normal ، و غير جي واحد يفكرني و يقولي اعلاه ما تشوفيش لروحك، يفكرونني ذاك الوقت بمرضي .). و لكونها تشعر بالقلق و الإنزعاج من مواقف المحيطين بها ، نجد أنها تميل إلى فكرة إخفاء مرضها ، و تفضل عدم التصريح به ، و قد حرصت على إخفاء مرضها مدة من الزمن في وسط عملها ، فاقت السنة (... ما عرفوش بلي عندي السكر حتى بعد عام ملي ابديت الخدمة ) .

## **ب) التحليل على نتائج الاختبارات المطبقة على الأنسة (هـ) :**

### **\* قبل بداية العلاج :**

بالنظر إلى النتائج المسجلة في الجدولين (9) و (10) المتعلقة بالاختبارات التي طبقت على الأنسة (ح) قبل تطبيق العلاج عليها ، يتضح لنا أن كل المعطيات التي حملتها المقابلة ، تجد تأكيداً لها في تلك النتائج . فحالة القلق و الضغط التي عرفت عنها الأنسة (ح) في المقابلة ، و قلة شعورها بفعالية ذاتها ، والمستوى المنخفض الذي تقدر به ذاتها ، أشارت إليها النتائج التحصل عليها بعد تطبيق اختبارات ، التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) (حيث بلغ معامل القلق لديها (0,68) أو (°55) ، و سلم فعالية الذات (S.E.S) الذي كانت نتيجته (°83) ، و معامل تقدير الذات الذي بلغت درجته (°59) .

كما أن نتائج تطبيق اختبار المقاومة ، دلت هي الأخرى على أن الأنسة (ح) تستعمل و بصفة كلية كل العوامل أو الأساليب في عملية المقاومة ، و بشكل مكثف عاملي الهروب و البحث عن المساعدة ، وهو الأمر الذي يتفق مع ما ورد في نتائج المقابلة .

### \* بعد العلاج :

بعد تطبيق التقنية العلاجية المسماة " بنموذج حل المشكل" على الأنسة (ح) ،  
و بعد إعادة تطبيق الإختبارات الأربعة التي طبقت قبل ذلك ، تحصلت الأنسة (ح) على نتائج مغايرة لنتائج  
التطبيق الأولي لتلك الإختبارات . إذ تشير العلامات المحصل عليها بعد العلاج (و المدونة في الجدولين 12  
( 11 ، ) إلى انخفاض في معامل القلق ليصل إلى (0,41) بعد أن كان قبل العلاج (0,68) ، و ارتفاع في  
مستوى تقدير الذات ، و في مستوى الشعور بفعالية الذات ، إذ أصبحت درجة كل منهما بعد العلاج  
(41° , 63°) على التوالي ، بعد أن كانت درجة كل منهما قبل العلاج (59° , 83°) على التوالي .

كما تشير نتائج إعادة تطبيق الإختبار الخاص بالمقاومة إلى انخفاض ملموس في نسبة استعمال  
الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (كالهروب ، وتوبيخ الذات) مقابل ارتفاع في نسبة استخدام  
الإستراتيجيات التي تركز على المشكل، من خلال الإستعمال المكثف لعامل النمو في عملية المقاومة .

#### **(4) مناقشة النتائج :**

تدل نتائج الاختبارات التي طبقت على الأنسة (ح) قبل الدخول في تطبيق المراحل العلاجية لنموذج حل المشكل ، على وجود شعور بالإحباط و اليأس يسود موقفها من وضعية المرض ، وبصاحب ذلك الشعور بالإحباط ، حالة من الخوف و القلق بشأن مستقبلها و ذلك بسبب وضعية العجز المستمرة التي تتعلق بوجودها تحت وضعية ضغط نفسي اجتماعي تمارسه عليها إصابتها بالسكري .

و قد تولد الإحساس بالعجز لدى الأنسة (ح) بفعل شعورها بالنقص ، و بفعل اعتقادها الجازم بعدم قدرتها على تجاوز عامل الضغط أيضا . إذ تنظر إلى وضعية المرض من باب تقديرها (Appraisal) لها بأنها "عائق اضطراري يمنعها من إنجاز ما ترغب فيه" .

و حتى تفادى مشاعر الإحباط ، و تقلل من حدتها بعض الشيء ، فإنها تتجنب الصدام المباشر مع ذلك العائق ، و تبتعد عن مواجهته ، و تفضل استخدام أسلوب يتطلب احتكاكا أقل مع المشكل المطروح ، و هو أسلوب الهروب ، تويخ الذات و طلب المساعدة بشكل ملح و مبالغ فيه (لكونها تقدر وضعية المرض على أنها وضعية تفرض وجود مساعدة مستمرة من طرف الآخرين نظرا لطبيعة المرض )، مع الإشارة إلى أن نتائج الأنسة (ح) فيما يخص عامل طلب المساعدة ، تدل على أن عملية المقاومة لديها تقوم بشكل كبير على هذا العامل أو هذه الإستراتيجية ، حيث نرى أن مصدر عملية المقاومة لدى الأنسة (ح) هو مصدر اجتماعي بالدرجة الأولى ، يقوم على عامل الدعم الاجتماعي والإنفعالي .

و قد دلت النتائج أيضا على أن الأنسة (ح) تتوقع دعما اجتماعيا و انفعاليا من محيطها ، بحكم اعتقادها بأن وضعية المرض تضعها في حالة عجز مستمرة تشترط مساعدة الآخرين . و لأن استجابة محيطها لم تكن في مستوى توقعاتها ، نجدها تشعر بالانزعاج و القلق من مواقف ذلك المحيط الغير متفهم ، و هو الأمر الذي يزيد من قلقها .

أما نتائج إعادة تطبيق الاختبارات بعد تعريض الأنسة (ح) لتقنية أو نموذج حل المشكل العلاجية ، فإنها تدل على أن الأساليب المتقاة من طرفها في عملية المقاومة ضد وضعية المرض أصبحت أكثر تكيفا و أكثر ملائمة مع مستوى الضغط النفسي الاجتماعي الذي تشكله وضعية المرض بالنسبة لها . والدليل على ذلك ، هو انخفاض مستوى ذلك الضغط و تقلص درجة القلق لديها . فأصبحت تعتمد في عملية المقاومة على الاستراتيجيات التي تركز أكثر على المشكل ، بدلا من تلك التي تركز على الإنفعال و انخفضت نسبة استعمالها لأساليب الهروب و البحث عن المساعدة المبالغ فيه ، و تويخ الذات .

و لعل الإرتفاع المسجل في استعمال عامل التحفظات ، و الإنخفاض المسجل في نسبة استعمال عامل البحث عن المساعدة بعد العلاج مقارنة بنسبة استعمال نفس العاملين قبل تطبيق العلاج ، ربما يعود إلى ادراك الأنسة (ح) لضرورة التقليل من الإعتماد على الغير (الأسرة خاصة) في قضاء حوائجها المعتادة . و هو الأمر الذي أكدته لنا من خلال مقابلتنا معها في أول اتصال لنا بها ، إذ قالت بأنها لا تستطيع أن تتحمل مسؤولياتها الكاملة دون الرجوع إلى أفراد أسرتها و طلب المساعدة منهم ، بحجة أن المرض يمنعها من الإعتماد الكلي على نفسها من جهة ، و إلى إدراكها المحتمل أيضا بأن التحفظ فيما يخص وضعية المرض التي تعيشها كوضعية ظاغطة و ما يصاحبها من شعور بالنقص والعجز ، سيساعدها على تفادي حالة القلق و الإحباط التي تسببها لها مواقف المحيطين بها و مواقفهم النابعة من إحساسهم بالشفقة عليها كما تقول هي).



و نلاحظ من خلال النتائج دوما كيف أن الآنسة (ح) بعد أن تغير تقديرها لوضعية المرض على أنها مصدر خطر و تهديد ، و حل محله تقدير آخر ، يقدر الوضعية المشكل على أنها وضعية تفرض نوعا من الإعتراض و التحدي (challenge) ، أدركت حينها أهمية الشعور بفعالية الذات في التوصل إلى مستوى عال من التقدير الذاتي . و هنا أصبحت الآنسة (ح) تعتمد في عملية المقاومة ضد وضعية الضغط النفسي التي تواجهها ، بعد عملية تلقيها للعلاج ، على مصادر سيكولوجية تتمثل بالدرجة الأولى في مهارات حل المشكل (problem - solving skills) ، و في التقدير الذاتي (self - esteem) ، بدلا من الإعتماد بشكل أولي على مصادر اجتماعية كالدعم الاجتماعي (social support) في عملية المقاومة ضد المرض . كما أنها أصبحت تتوجه في عملية المقاومة هذه نحو التركيز على المشكل بصفة أساسية بعدما كانت تركز في مقاومتها ضد وضعية المرض على الإنفعال ، قبل تعرضها للعلاج . و لهذا السبب اكتسبت مقاومتها ضد ذلك الضغط النفسي الذي كانت تعاني منه ، طابع الفاعلية ، الشيء الذي أشعرها بفعالية ذاتها ، و مكنها من تقليص مستوى القلق و الضغط .

#### (IV) الحالة رقم (4) : السيد (س) :

##### (1) تقديم الحالة :

الجنس : ذكر.

السن : 43 سنة.

مدة الإصابة : منذ 11 سنة.

متزوج .

موظف .

##### (2) عرض النتائج :

##### أ) عرض نتائج المقابلة :

تم اتصالنا بالسيد (س) ، و أجرينا معه مقابلة عيادية ، سألناه فيها عن موقفه من مرضه ، و عن مضاعفات هذا المرض ، على مختلف جوانب حياته ، الإجتماعية منها ، و العملية و الزوجية و النفسية ، بغية الحصول على تقارير لفظية نستكمل بها ما سنحصل عليه من نتائج بعد تطبيق الوسائل التقنية الأخرى المتمثلة في الاختبارات، و ذلك قبل الشروع في تطبيق مراحل النموذج العلاجي وبعده .

وسنعرض كل النتائج المتحصل عليها فيما يلي، بدءا بنتائج المقابلة :

"السكر ماشي كما الأمراض لخرين ، ما يوجعش ، mais سامط ، أنا كي مرضت بالسكر ، ما كنتش

نحسلو في les 3-4 ans الأولين ، لكن الآن و لا يقلقني بزاف ، السكر يقلقني بزاف ، ويجيني بزاف تانيك

me gêne au niveau finance , il faut tout le temps un regime , les médicaments ect..

كنت ما عندي حاجة ، ما كنتش حاسلو ، mais ضرك يجيني شوية صعب الحال باش نتقبلو ، و اشنو

هذي حاجة ربي . après tout

C'est sûre qu'il y a une relation directe entre le stress et le diabète , c'est impossible de se contrôler quand il s'agit du diabète , ça gêne même au niveau social .

على خاطر السكر ، يعجز مولاه ، ماشي كما يكون صحيح.

-- أنا ما علا باليش بالناس ، يعرفو و لا ما يعرفوش ، يعني هذي حاجة ربي ، و كاين شي ناس نعرفهم ، يتعاملو معاي على أساس المرض ، و كاين اللي ما يجيدوليش خلاص على المرض .

واحد اللي مريض كيف كيف كما انت هو اللي يفهمك خير من واحد اللي ماشي مريض ، و اشنو أنا ما عندي حاجة ، عندي قاع الناس كيف كيف.

خطرات نتقلق كي نهدر على مرضي قدام الناس لخرين و خطرات لا.

- c'est normal السكر يآثر على حياة الزوجين surtout كي المريض بالسكر ، يكون قريب دائمين

تعبان و عيان ، stressé ، و خطرات le conjoint يفهم هذي ، و خطرات ما يفهمش.

-- أنا نتقلق بزاف فالخدمة ، surtout pendant ces 4 ans ، و دائمين يجيني مرضي في بالي كي نكون

نخدم ، علاه ، على خاطر لازم نخدم كما الناس كامل ، و لكن الله غالب ، اللي عندو السكر بالخف يتقلق ، بلخف يعيا و يفشل ، و ما يقدرش يقوم بالخدمة انتاعو كما لازم ، و هذي هي الحاجة اللي تقلقني اكثر .

و خطرات كي نتقلق ، و اندير المرض في بالي ، نقول لو كان غير الواحد يطل الخدمة ، بصح من بعد

خلاص يروحولي هدوك les idées من بالي ، surtout كي كاين الخدامين اللي معاي يعاونوني شوية.

ننسى خطرات كي نكون نخدم ، mais كي نتقلق نتفكرو بسيف عليا ، والسبب راهو باين انظن ،

parque nous les diabetiques , on a pas été préparés و السكر مرض انتاع عمر ،

,cronique

--الرجيم لازم عليا نديرو si non يطلعي السكر و لا يهبط . و هنا ما نضر غير روجي ، صح هو اصعب  
و سامط بزاف mais واش يدير الواحد ، بسيف عليه.

الفشل و العجز اللي يحس بيهم المريض بالسكر frequemment يخلوه يظن في روجو دايمن، بللي هو إنسان  
عاجز ، و أنا نحس روجي إنسان عاجز و ضعيف surtout كي تفكرو ، و لا نخمم فيه . نزيد نتقلق اكثر ما اللازم.  
كي نتقلق نحس بروحي ماني قادر اندير والو ، و في كل المجالات ، لساني ينشف ، تطلعلي السعانة لراسي و نعشل  
، ما نقدر ندير والو .

c'est normal ، لو كان ما كنتش مريض بالسكر ، لو كان راني احسن من هكذا ، واشنو ، حياتك قاع  
تعيشها مع السكر ، هاو اطلع هاو احبط ، خلي هذاك الفشل و القلق اللي يحس بيهم بنادم . واشنو نتقبلو هو و ما  
نتقبلش le concer ، au moins السكر كايين دواه و تانيك supportable . و تمنى باش انكون خير من  
هكذا انشاء الله."

### ب) عرض نتائج الاختبارات :

بالإضافة إلى المقابلة العيادية ، طبقت على السيد (س) في الحصة الثانية ، مجموعة الوسائل التقنية الأخرى  
المستعملة في هذا البحث و المتمثلة في اختبارات ( القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات ، و المقاومة .)،  
وسجلت النتائج في الجدولين (13 و 14 ) ، وقدم العلاج للسيد (س) وأعيد تعريضه للاختبارات السابقة من  
جديد، و سجلت النتائج أيضا في الجدولين (15 و 16). ، و فيما يلي عرض للمداول بالنتائج المسجلة قبل و بعد  
تطبيق العلاج على السيد (س):

\*قبل بداية العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق	سلم فعالية الذات	معامل تقدير الذات
	(S. A. S)	( S. E. S)	(I . S. E)
الدرجات	°62	° 82	°69

-جدول رقم (13) : نتائج تطبيق الإختبارات ((S.A.S), (S.E.S), (I.S.E) ) على السيد (س) قبل تعريضه للعلاج . ( معامل القلق لدى السيد [س) قبل العلاج نحصل عليه بقسمة درجته في اختبار القلق (S.A.S) على مجموع الدرجات في هذا الاختبار (80°) فيكون معامل القلق بالنسبة للسيدة (س) مساويا لـ : (0,77) .).

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	13	5	
التقبلات	5	8	
البحث عن المساعدة	7	7	
التحفظات	7	2	
توبيخ الذات	6	3	
النمو	2	5	

-جدول رقم (14) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة على السيد (س) قبل تعريضه لمراحل العلاج.

\* نتائج الاختبارات بعد العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق	سلم فعالية الذات	معامل تقدير الذات
	(S. A. S)	( S. E . S)	(I . S. E)
الدرجات	° 35	° 70	° 45

- جدول رقم (15) : نتائج إعادة تطبيق اختبارات , (( I.S.E ) , (S.E.S) , ((S.A.S) على السيد (س) بعد تلقيه للعلاج . معامل القلق بعد العلاج هو (0,43) .

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	2	15	
التقبلات	9	4	
البحث عن المساعدة	11	3	
التحفظات	5	4	
توبيخ الذات	3	6	
النمو	7	0	

- جدول رقم (16) : نتائج إعادة تطبيق اختبار المقاومة بعد تعريض السيد (س) الى العلاج .

### (3) التحليق على النتائج :

#### أ) التعليق على نتائج المقابلة :

السيد (س) منزوع من وضعية المرض ، بسب ما تسببه له من متاعب منها المالية و منها النفسية و منها الاجتماعية. فهي بالنسبة إليه وضعية طاغطة غيرت مجرى حياته ، و خاصة بعدما طالت مدة إصابته بالمرض ، حتى أن تقبله لهذه الوضعية لم يعد بنفس الحجم الذي كان عليه في السنوات الأولى من إصابته بالمرض، لأن كمية الضغط التي أصبح يشعر بها اتجاه وضعية المرض ، هي مبرر كاف حسب رأي السيد (س) لأن يشعر بالقلق و بالتعب بشكل شبه دائم . و ضبط النفس و التحكم في الذات أمر مستحيل لدى المصاب بالسكري من وجهة نظره (c'est impossible de se controler) و هو ما يؤثر تأثيرا ملحوظا على مردود عمله ، فيشعره ذلك بنوع من الذنب ، كما يفهم من قوله (لازم نخدم كما الناس كامل ، ولكن الله غالب ، اللي عندو السكر بلخف يتقلق ، بلخف يعيا و يفشل ، و ما يقدرش يقوم بخدمتو كما لازم ، و هذي هي الحاجة اللي تقلقني اكثر) . و هذا الأمر يجعله يفكر أحيانا في ترك العمل ، لكنه سرعان ما يتراجع عن التفكير في ذلك ، خاصة عندما يشعر بتآزر زملائه و مساعدتهم له.

كما نستنتج من خلال ما جاء في المقابلة مع السيد (س) ، أنه ينظر إلى نفسه من باب عدم الرضا ، فهو يرى نفسه إنسانا عاجزا و ضعيفا ، دائم التوتر و القلق و دائم الإحساس بالتعب ( انخس روحي إنسان ضعيف ، عاجز ، ... ما ني قادر اندير والو) . و انطلاقا من هذا فإنه يرى أن إصابته بمرض السكري تمنعه من أن يمارس حياته بشكل عادي ، و أن يحقق ذاته في عمله إذ يقول (حياتك قاع تعيشها مع السكر ، هاو اطلع ، هاو احبط ، خلني هذاك الفشل اللي يخس بيهم ابندام).

و يعتقد السيد (س) أن السبب في عدم تقبله لوضعية المرض و انزعاجه منها ، يرجع إلى كون المصابين به لم يتلقوا التحضير و التوعية الكافيين الخاصين بتقبل مرضهم ، و بكيفية التعامل معه ، على أساس أنه مرض مزمن ، يطلب و بصفة ملحة أسلوبا خاصا من التعامل . و مع هذا فإنه يرى في مرض السكري ، أقل خطورة من مرض السرطان ، فلمرض السكري على الأقل علاج ، و علاج يمكن تحمله (supportable) كما يقول السيد (س) .

و هذه المقارنة التي يعقدها السيد (س) بين مرضه و بين السرطان تسمح له بتقبل مرضه بعض الشيء ،  
وتساعده من حين لآخر على تفادي التفكير المستمر فيه .

### ب) التعليق على نتائج الاختبارات :

#### \*قبل تطبيق العلاج:

تشير النتائج المدونة في الجدولين (13 و 14) و هي الخاصة بتطبيق الاختبارات على السيد (س) قبل العلاج ، إلى أن هذا الأخير يعاني من مستوى عال من القلق وصل معاملته إلى (0,77) أو ( $62^{\circ}$ ) ، مع مستوى منخفض في كل من الشعور بفعالية الذات ( $82^{\circ}$ ) و تقدير الذات ( $69^{\circ}$ ) ، كما تشي هذه النتائج أيضا إلى استعمال مكثف في الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال مقابل استعمال أقل في تلك التي تركز على المشكل ، في عملية المقاومة .  
إذ نرى أن السيد (س) يستخدم بكثرة عوامل الهروب و توبيخ الذات و التحفظات .

#### \*بعد العلاج:

بالرجوع إلى النتائج المسجلة في الجدولين (15 و 16) ، نلاحظ أن درجة القلق لدى السيد (س) قد انخفضت بعد تعرضه للعلاج المتمثل في تقنية "حل المشكل" . فبعد أن كان معامل القلق لديه يساوي (0,77) أو ( $62^{\circ}$ ) قبل تعريضه للعلاج ، أصبح بعد ذلك مساويا لـ (0,43) أو ( $35^{\circ}$ ) ، بالمقابل ، فإن الدرجات التي تحصل عليها في الاختبارين الخاصين بقياس الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات (S.E.S) و (I.S.E) بعد العلاج ، تدل على ارتفاع في مستوى الشعور بفعالية الذات ( $70^{\circ}$ ) بعد أن كان ( $82^{\circ}$ ) قبل العلاج ، و ارتفاع كذلك في مستوى تقدير الذات ( $45^{\circ}$ ) بعد أن كان قبل العلاج ( $69^{\circ}$ ) . (علما بأن الدرجات العالية في هذين الاختبارين تدل على مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات و في تقدير الذات ، و العكس صحيح) .

كما أن نتائج اختبار المقاومة بعد تعريض السيد (س) لمراحل النموذج العلاجي "حل المشكل" ، قد دلت هي الأخرى على أن السيد (س) لم يعد يستعمل بكثرة أساليب الهروب و توبيخ الذات (و هي أساليب تدرج ضمن مجموعة الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال) كما كان يستعملها من قبل ، قبل تعريضه للعلاج . بل أصبح يكتف من

استعمال أساليب الهروب و التقييد ، و النمو ، و البحث عن المساعدة .



#### (4) مناقشة النتائج :

من خلال النتائج التي تحصلنا عليها بعد إجراء المقابلة مع السيد (س) ، و من خلال نتائج تطبيق الاختبارات قبل الشروع في تطبيق خطوات "نموذج حل المشكل" العلاجية ، يتبين لنا أن مدى تقبل السيد (س) لوضعية المرض ، لم يكن في المستوى الذي يسمح له بإيجاد أسلوب مقاومة يضمن له التوافق النفسي مع المرض ، و ذلك لأن أسلوب المقاومة المعتمد من طرف السيد (س) كان مرتبطا بمجموعة من العوامل التي لا تخلو من العلاقة فيما بينها .

و من بين تلك العوامل و أولها ، عملية التقدير المعرفي (cognitive appraisal) التي أصدرها السيد (س) بشأن وضعية المرض كمنيع للضغط النفسي ، الذي تتجلى مظاهره في عدة مستويات من حياته (ماديا ، نفسيا و اجتماعيا) .

فوضعية المرض كما يراها أو كما يقدرها السيد (س) ، هي عنصر يستنزف طاقته المالية من خلال ما يتطلبه مرضه من علاج مستمر ، و هي أيضا عامل مولد للشعور بالعجز و بالنقص ، و هو ما يؤثر بشكل مباشر على مردود عمله ، فيجعله يشعر بالقلق و بالذنب لكونه غير قادر على أن يكون في مستوى زملائه الأصحاء في العمل . فتقدير الضغط الناجم عن وضعية المرض من طرف السيد (س) على أنه "مصدر أذى و ضرر" (Harm) بالنسبة له ، ارتبط بوجود فقدان للتقدير الذاتي و الاجتماعي (self and social esteem) ، فصاحب ذلك وجود مستمر للإنفعالات السلبية (negative emotions) كالغضب و القلق و الاستياء (anger , anxiety , resentment) .

كما دلت النتائج أيضا على أن السيد (س) يتميز باتجاه خارجي (external locus) في عملية تقديره لوضعية الضغط ، إذ نراه يسند عجزه عن التوصل إلى حالة التوافق النفسي مع وضعية المرض، إلى عدم وجود توعية خاصة بهذا المرض ، و إلى عدم توفر عامل التحضير بشأن كيفية التعامل معه ، من طرف أشخاص مختصين .

و بما أن هذه الوضعية الضاغطة ، تفوق إمكانيات السيد (س) في نظره ، و أنها بذلك وضعية غير قابلة للتحكم و الطبط ، فإن أسلوبه في مقاومة هذه الوضعية ، اعتمد بشكل كبير على الهروب من مواجهتها ، و على تفادي الصدام معها . و نتيجة لعدم التطابق بين أسلوب المقاومة المستعمل من طرف السيد (س) و بين عناصر الوضعية مصدر الضغط ، لم يتوصل السيد (س) إلى فك عناصر ذلك الضغط السيكولوجي و التخفيف من حدته.

و لكننا نرى أن حدة ذلك الضغط الذي تشكله الإصابة بالسكري بالنسبة للسيد (س) قد تقلصت ، و انخفض مستوى القلق لديه بعد تعرضه للعلاج . فبعد أن أصبح يتصور وضعية المرض ، وضعية قابلة للتحكم ، و أنه بإمكانه التعامل معها عن طريق المواجهة الفعلية ، و ليس عن طريق أسلوب الهروب ، تغير بذلك تقييمه (evaluation) لإمكانياته في عملية المقاومة ضد الضغط الناتج عن وضعية المرض ، و أصبح يعتمد على استراتيجيات أكثر فعالية في ذلك، باستخدامه لعوامل (التقبلات ، البحث عن المساعدة و النمو) و بشكل أكثر من السابق.

و بتقديره للمرض على أنها وضعية اعتراض و تحدي (challenge) تتطلب توفر طرق و أساليب نوعية (specific) لمعالجة تلك الوضعية ، و أن مثل هذه الطرق من الممكن جدا أن تكون ضمن إمكانياته في عملية المقاومة ضد تلك الوضعية، زاد شعوره بفعالية ذاته ، و ارتفع مستوى تقديره لذاته، و قد نتج عن ذلك وجود انفعالات إيجابية (positive emotions) كانفعالات الشعور بالرضا (pleasurable emotions) التي طفت على الانفعالات السلبية من مشاعر الغضب و الإستياء ( anger and resentment ) .

## ٧ الحالة رقم (5) : الأنسة (ر)

### (1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى،

مدة الإصابة بالسكري : منذ 16 سنة،

غير متزوجة ،

لا تعمل.

### (2) عرض النتائج :

كانت الأنسة (ر) تبدو هادئة بعض الشيء أثناء إجراء المقابلة معها ، مع أنها ظهرت في بداية درشتنا معها قبل البدء في طرح أسئلة المقابلة ، منزعة بعض الشيء ، و حينما سألناها عن سبب ذلك ، أومأت لنا برأسها ، محاولة إفهامنا بأنه لا شيء هنالك . (ربما لأنها لم تتعود على هذه الوضعية من الفحص النفسي) . و عندها تدخلنا - كما هو الحال في كل المقابلات التي أجريناها - لتقديم بعض التوضيحات الخاصة بنوعية العلاقة التي ستجمعنا بها مدة محددة من الزمن ، والمهدف من وراء تأسيس مثل هذه العلاقة . و بعد أن لمسنا عليها شعورا بالإرتياح و التقبل لهذه الوضعية الجديدة عليها ، قمنا بإجراء المقابلة ، و بعدها (و في لقاء ثان معها) طبقنا عليها الاختبارات الأربعة التي تخص التقرير الذاتي للقلق (S.A.S) ، سلم فعالية الذات (S.E.S) ، معامل تقدير الذات (I.S.E) ، و اختبار المقاومة (W.C.C) ، و ذلك قبل تطبيق النموذج العلاجي "حل المشكلة" و بعده ، فتحصلنا على النتائج المدونة في الجداول التي سنعرضها بعد أن نعرض محتوى المقابلة مع الأنسة (ر) .

### أ) عرض نتائج المقابلة :

"واش نقولك ، مرض كما لخرين ، بصح هو شوية صعب بزاف ، أنا نتقلق بزاف فالدار ، surtout كي محبوسة غير فالدار ، يقلقني بزاف السكر ، خطرات مانحبش نخرج ، و خطرات دارنا ما يخلونيش نخرج . نتقلق مالمريض ، نخمم فيه بزاف ، نخمم كفاه بداني المرض و كفاه وليت و كامل . خطرات مانامنش بلي مرضت بالسكر ، بلي راني مريضة ، كي نولي وحدي يضيق خاطري.

انخسو بلي معجزني ، و عيانة ، بدلي احياتي ، كما كنت خير ، نخمس روحي كلي وحدي.

انحب نخدم ، على خاطر كي نخدم خير ، كي ما نخدمش يضيق خاطري.

-أنا ماراحلي كي يعرفوا مرضي ، لالا ، المرض اعطاه ربي.

فالدار والفاميليا قاع يجبوني ، ونا نخرج لعراس ، وانا اللي نخدم كلش ، أنا اللي قائمة بالدار.

أنا ما عندي حاجة ، ماشي شرط انقسر غير مع اللي مرض كما أنا ، انقسر مع قاع الناس ، ما عنديش هذيك الفكرة .

-ماناش طامعين فالزواج ، الواحد كي عندو هذا المرض ، اشكون اللي يقبل ، même إذا هو اقبل أنا ما نقبلش ، انحس بلي مانيش قادرة نتزوج ، même إذا هو قبل دارهم ما يقبلوش.

-خطرات انقول لنفسي بلي وليت عاجزة ، خطرات نكون مليحة ، و خطرات نكره روحي . نتقلق كي نخم فيه ، و لا كي نهدر عليه ، الخدمة نخدم ، بصح التوسويس عندي ، نخم بزاف على مرضي . و خطرات ننسى كامل المرض كي ينصحوني.

خطرات انقول بلي وليت عاجزة ، و ماني قادرة اندير والو ، و خطرات لالة ، نكون مليحة ، و نخدم كلش.

حياتي راني نشوفها شوية ، مليحة و ماشي مليحة . أنا جيني الحياة صعبة على جال المرض . خطرات نولي مزعفة ، حزينة ، انحب نقعد وحدي ، لو كان انصيب واحد ما يهدرش معاي ، و خطرات لالا . نولي مليحة ، كسي نكونوا في الدار كامل قاعدين مقشرين.

c'est normal ، نتمنى باش نبرا ، و نولي كما الناس كامل إن شاء الله ."

**(ب) عرض نتائج الاختبارات :**

في الحصة الثانية ، طبقت الاختبارات الواردة ، في هذا البحث على الأنسة (ر) قبل تلقيها لمراحل العلاج ، ثم أعيد تطبيق نفس الاختبارات عليها بعد العلاج ، و سجلت كل النتائج القبليّة و البعديّة في الجداول الآتي عرضها .

**\* قبل تقديم العلاج :**

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات ( S. E . S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 58	° 83	° 71

- جدول رقم (17) : نتائج تطبيق ( (I.S.E) (S.ES) (S.A.S) )  
على الأنسة (ر) قبل تقديم للعلاج . معامل القلق لدى الأنسة (ر) هو (0,72) .

-----

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	17	0	
التقبلات	7	6	
البحث عن المساعدة	7	7	
التحفظات	3	6	
توبيخ الذات	6	3	
النمو	1	6	

- جدول رقم (18) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة (W..C.C)  
على الأنسة (ر) قبل تلقيها للعلاج .

\* بعد تقديم العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات ( S. E. S)	معامل تقدير الذات ( I. S. E)
الدرجات	° 33	° 73	° 54

- جدول رقم (19) : نتائج اعادة تطبيق اختبارات ( القلق (S.A.S)، الشعور بفعالية الذات (S.E.S) ، و معامل تقدير الذات (I.S.E) على الأنسة (ر) بعد تلقيها للعلاج .  
معامل القلق بعد العلاج هو (0,41) .

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب	5	12	
التقبلات	10	3	
البحث عن المساعدة	11	3	
التحفظات	7	2	
توبيخ الذات	3	6	
النمو	7	0	

- جدول رقم (20) : نتائج اعادة تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C)،  
على الأنسة (ر) بعد تلقيها للعلاج.

### 3) التحليل على النتائج

#### أ) التعليق على نتائج المقابلة :

من خلال ما ورد في المقابلة ، نلاحظ أن الأنسة (ر) ، قد أعطت لظاهرة القلق القسط الأوفر في عباراتها ، إذ تكرر حديثها عن القلق الذي تشعر به اتجاه وضعية المرض، في العديد من العبارات التي بينت فيها كيف أن إصابتها بمرض السكري تشكل بالنسبة لها مصدر ضغط سيكولوجي، إذ تقول (نتقلق منو ، نخمم فيه بزاف ، نخمم كفاه بداني المرض ، بدلي حياتي ، ... خطرات نكره روجي ، خطرات نولي مزعفة حزينة ، انحب نفعد وحدي .)

كما أننا نرى أن الإحساس بشدة هذا الضغط السيكولوجي لدى الأنسة (ر) ، يزداد حينما تكون بمفردها (كي نولي وحدي يضيق خاطري) ، (خطرات نكون مليحة كي نكونوا كامل في الدار ، قاعدين مفسرين) .

أما من حيث تقبلها لوضعية المرض، فأنا نعتقد أن ما ورد في المقابلة مع الأنسة (ر) ، لا يكشف لنا إلى حد كبير عن مدى تقبلها أو رفضها لوضعية المرض ، رغم أنها قالت في إحدى العبارات أنها أحيانا لا تصدق أنها مصابة بالسكري (خطرات ما نامنش بلي مرضت بالسكر) ، ويمكن أن يكون ذلك مؤشرا لعدم تقبلها لوضعية المرض ، ولهذا سترجى الحديث عن عامل تقبل المرض إلى أن نصل إلى التعليق على نتائج الاختبار المخصص لذلك الغرض وهو اختبار المقاومة الذي يحتوي على عامل خاص بالتقبلات.

و عن تأثير مرض السكري على الحياة الاجتماعية ، فإن إجابات الأنسة (ر) عن الأسئلة المتعلقة بالكشف عن ذلك ، لا تشير إلى وجود تأثير على هذا الجانب من حياتها، فهي لا تمنع في الاختلاط بالآخرين ، أو في حضور المناسبات الاجتماعية ، بل نجدها تحب ذلك ، و تراه يساعدها على الابتعاد عن التفكير في مرضها أو في وضعيتها التي هي عليها . كما نجدها أيضا تفضل العمل باستمرار، لأنها كما تقول (نحب نخدم ، على خاطر كي نخدم خير ، كي ما نخدمش يضيق خاطري) . غير أن العمل المستمر لم يمنعها من التفكير نهائيا في المرض ، فحتى وإن كانت منهمكة في العمل ، فإن ذهنها منشغل بأمر مرضها (الخدمة نخدم ، بصح التوسويس عندي ، نخمم بزاف على مرضي).

فهي حتى وإن كانت المسؤولة الوحيدة عن قضاء شؤون المنزل داخل أسرتها كما ذكرت لنا ، و هي التي تقوم بجميع الأعمال المنزلية ، إلا أننا نراها تصف نفسها بعدم القدرة على تحمل مسؤوليات الزواج حينما سأناها عن موقفها من الزواج في حالتها هذه ، و عما إذا كان لمرض السكري تأثير على ذلك حسب رأيها، (المحس بلي مانيش قادرة باش نتزوج).

### ب ) التعليق على نتائج الاختبارات :

#### \*قبل العلاج :

إذا رجعنا إلى النتائج المسجلة في الجدولين (17 و 18) الخاصين بتطبيق اختبارات (القلق ، فعالية الذات ، تقدير الذات ، و اختبار المقاومة) قبل تطبيق العلاج على الأنسة (ر) ، نجد أنها تعاني فعلا من مستوى عال من القلق بمعدل معامل قدره (0,77) أو (58°) ، و هو ما يتطابق مع ما ورد في محتوى المقابلة . كما نجد لديها انخفاض في مستوى تقديرها لذاتها (71°) ، و في شعورها بفعالية ذاتها (83°) ، و هما أيضا نتيجتان تتطابقان مع ما جاء في المقابلة ، و تؤكدانه بشكل كبير.

أما اختبار المقاومة ، فتدل نتائجه على أن الأنسة (ر) تستعمل بنسبة أكثر الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (الهروب ، توبيخ الذات و التحفظات) و يمكن الرجوع إلى الجدولين (17 و 18) للإطلاع على هذه النتائج.

#### \*بعد العلاج :

بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى " بنموذج حل المشكل (problem-solving model) " على الأنسة (ر) ، لوحظ انخفاض في درجة القلق لديها (33°) بمعامل قدره (0,41) بعد أن كانت قبل العلاج (58°) بمعامل قدره (0,72) . كما ارتفع أيضا مستوى الشعور بفعالية الذات لديها ، إذ بلغ (73°) . [ للإشارة فإن اختباري الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، إذا ارتفعت الدرجات المتحصل عليها فيهما ، فإن ذلك يدل على انخفاض في مستوى كل منهما ، و العكس صحيح) .



أما اختبار المقاومة ، فإن نتائجه دلت على أن الأنسة (ر) أصبحت بعد تلقيها لتقنية حل المشكل العلاجية ، تقلل من استعمال الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية مقاومتها ضد وضعية الضغط النفسي ، و بدرجة خاصة ، عاملي الهروب و توبيخ الذات . و تكثر بالمقابل من استعمال الاستراتيجيات التي تركز على المشكل كعوامل النمو ، التقبلات و البحث عن المساعدة ( الجدول رقم (20) . ) .

#### (4) مناقشة النتائج :

تشير نتائج تطبيق الاختبارات على الأنسة (ر) ، قبل تعريضها للعلاج ، إلى أنها تعيش وضعية المرض ، كوضعية ضغط ، ينعكس على جوانب حياتها ، و يهدد توازنها النفسي و يشعرها بالقلق المستمر ، و بانفعالات الحزن و الإستياء . و لهذا نجدها لا تتقبل بشكل كبير هذه الوضعية ، إن لم نقل أنها لا تتقبلها على الإطلاق.

و يعود عدم تقبلها لوضعية المرض ، إلى طريقة تقديرها لهذه الوضعية "كعامل ضرر يهدد حياتها و يفقدها شعورها بفعالية ذاتها و كذا تقديرها الذاتي و الاجتماعي" ، حتى أنها تعتقد بأنها ليست مقبولة اجتماعيا ، و أنها ستفض كزوجة ، لكونها مصابة بالسكري ، و لهذا نراها تأخذ موقفا من فكرة الزواج و تمتنع عنه ، و نعتقد أن إحساسها بعدم القدرة على تحمل مثل هذه المسؤولية ليس نابعا من كونها تحس بالعجز في أداء دورها كزوجة و ربة بيت (مادامت قد ذكرت بأنها تتحمل لوحدها كل مسؤولية البيت في أسرتها) . و إنما هو نابع من توقعها بأنها ستفض كزوجة مادامت مصابة بالسكري ، أو أن مرضها سيحول دونها و دون الزواج في حد ذاته . فتقديرها المنخفض لذاتها على أساس أنها ليست في مستوى أن يكون لها الحق في الزواج ، و أنها ليست كباقي الفتيات بحكم مرضها ، هو السبب في اعتقادنا في شعورها بالعجز عن القيام بدور الزوجة.

و إذ نراها تقدر وضعية المرض كعامل خطر يهددها ، و يجبرها على مقاومته ، فهي تستعمل في عملية المقاومة هذه ، نمطا من الاستراتيجيات التي تبدو لنا في الظاهر استراتيجيات تركز على المشكل و ترمي إلى حله ، فتركز كثيرا على عنصر "العمل" و النشاط المستمر . إلا أن لجوئها إلى العمل في حقيقة الأمر لا يعبر عن طريقة تكيفية فعالة مع وضعية المرض بالنسبة إليها ، لأنه لم يعدل من مستوى الضغط السيكولوجي الذي تشعر به إزاء وضعية المرض و لم يمنعها من الشعور بقلّة فعالية ذاتها و لم يساعدها أيضا على تجاوز إحساسها بالقلق أو تعدي

الإبتعاد عن عنصر التوبيخ لديها . فلجوءها إلى العمل كاستراتيجية للمقاومة يحمل طابع الهروب و التجنب (avoidance) أكثر مما يعمل تعبيرا عن تحقيق الذات (self-actualization) . و لكن استعمال نفس الأسلوب في عملية المقاومة (العمل بهدف تحقيق الذات) من طرف الأنسة (ر) بعد تعريضها للتقنية العلاجية الخاصة "بنموذج حل المشكل" ، أدى إلى ارتفاع

في مستوى الشعور بفعالية الذات وفي تقدير الذات ، كما أن الإنفعالات السلبية (negative emotions) و على رأسها القلق (anxiety) انخفض بشكل كبير.

و لم يحدث ذلك إلا بعد أن تمكنت الأنسة (ر) من تغيير طريقة تقديرها لوضعية المرض ، من النظر إليها كعامل تهديد و خطر (threat) إلى النظر إليها كعامل تحدي (challenge) ضد الضغط الذي تمارسه عليها تلك الوضعية من المرض ، و كوضعية يمكن التحكم فيها ، و بالتالي يجب عليها أن تحسن انتقاء (selction) الأسباب والإستراتيجيات التي يفترض أن تكون في مستوى ذلك التحدي (challenge) ،

و بعد عملية تقييم (evaluation) الإمكانيات المتوفرة لديها لمقاومة وضعية الضغط ، أدركت الأنسة (ر) بأن التعامل مع هذه "الوضعية المشكل (problem-situation)" و معالجتها ، يتطلب التركيز عليها والإحاطة بجميع عناصرها ، حتى تكون عملية انتقاء البدائل (alternatives) لمعالجتها تتماشى مع متطلبات تلك الوضعية ، و تمكنها في الأخير من التغلب (mastery) على عامل الضغط النفسي الذي تفرضه عليها تلك الوضعية ، و هو الشيء الذي يخفف من انفعالات القلق ومشاعر الخوف ، و يرفع من مستوى انفعالات الرضا ومشاعر الارتياح (pleasurable emotions) وقد استعملت الأنسة (ر) في عملية المقاومة ضد وضعية المرض مصادر سيكولوجية ، كالتقدير الذاتي (self-esteem) و مهارات حل المشكل (problem-solving skills) و أخرى اجتماعية ، كالإعتماد على عامل الدعم الاجتماعي المقدم من طرف محيطها و هو الشيء الذي شجعها على استعمال أسلوب البحث عن المساعدة كاستراتيجية فعالة في عملية المقاومة ضد المرض ، بهدف الوصول إلى التوافق النفسي مع وضعية المرض.

## الحالة رقم (6) : الآنسة (م) :

### (1) تقديم الحالة :

الجنس : أنثى ,

السن : 28 سنة ,

بداية الإصابة بالسكري : منذ 10 سنوات ,

غير متزوجة ,

لا تعمل ,

### (2) عرض النتائج :

في أول اتصال لنا بالآنسة (م) ، لمسنا عليها شعورا بالإرتياح و ترحيبا بفكرة إجراء المقابلة معها ، فهي كما قالت لنا تؤمن بتأثير الدعم النفسي في مثل حالتها ، و هي تعتقد أيضا أن تلقيها لعلاج نفسي بالموازاة مع العلاج الطبي أمر مهم ، و في غاية الأهمية كما قالت ، لأنها و أمثالها من المصابين بالسكري ، يعانون كما قالت من مشاكل نفسية عديدة بسبب وضعية المرض التي يعيشونها . و لكنها تتأسف لعدم وجود مختص نفساني في العيادة التي تجري بها فحوصاتها الطبية بخصوص مرضها ، ليقدم لها الدعم النفسي الذي تتطلع إليه.

و بعد أن أبدينا لها استعدادنا و محاولتنا لتقديم مثل هذا الدعم ، شرعنا في إجراء المقابلة ، قبل أن نطبق عليها مجموعة الاختبارات المتوفرة في هذا البحث ، و ذلك قبل الشروع في تنفيذ خطوات أو مراحل البرنامج العلاجي .

و فيما يلي ، عرض لمحتوى المقابلة ، يليه عرض لنتائج الاختبارات قبل تقديم العلاج ثم عرض لنتائجها بعد

تقديمه.

### أ) عرض نتائج المقابلة :

"واش نقولك ، مول السكر ماشي كما الناس لخرين ، **toujours en disequilibre** ، عيان ، مريض ، مقلق ، ما يقدرش يعيش **normal** كما الناس كامل.

أنا انخس بزاف بالقلق مالمريض انتاعي ، **je prefere être cardiaque que diabetique** على خاطر مرض السكر **tres complique** الواحد يكون مريض بالسكر برك ، حتى يولي في حوايج وحدخرين ، الكلاوي ، العينين ، القلب ، **par contre** ، مرض القلب راهو باين ، دايمن هو هو ، مرض القلب و خلاص .

**ça me gêne , il me rend tres nerveuse , je suis tout le temps malade stressée** من انهيار عرفت المرض تبدلت حياتي ، رجعت انسانة اخرى كامل ، عاجزة ، مريضة كل وقت ، نتقلق على حال **le stress** أنا اتموت من هذاك **le stress** ، مقلقني بزاف ، **la moindre des choses** على حال هذا الشي ، اللي يطلعي السكر و لا يحبط ضربة وحدة . **5 g - 0,4g** .

**ça me gene au niveau social, il y a une grande différence entre un sujet normal et un sujet diabétique.**

-انهيار نروح انبات عند كاش ناس ، نحشم بزاف ، كل وقت نخرج **c'est pour ça que** ما نجيش نخرج ، و مانجيش انبات عند الناس **des fois** . كايين ناس يحسسوني بلي راني مريضة و مانيش كما هوما ، و هذا الحاجة اتقلقي ، و كايين وحدخرين لالا يتعاملو معايا **normal** .

انجب نعرف الناس اللي عندهم السكر ، بصح ماذا بي ما يكونوش مقلقين كما أنا ، **au moins** باش يقدر ينسى الواحد شوية و يتكالما .

كي سقسوني الناس على مرضي ، ما نجيش ثكيلهم بزاف على خاطر كل ما نحكي عليه ، نتقلق ، و تانيك نغيضهم ، و انا ما نجيش كي انشوف هذيك الشفقة في عينيهم ، انخس روحي بلي راني ناقصة انتاع الصح .

اشكون اللي ما يفكرش في الزواج ، mais ما شكيتش بلي un diabetique يقدر يخمم في الزواج كما الناس لخرين.

c'est sûre que السكر يآثر على الحياة انتاع المريض بيه ، يآثر حتى على علاقته مع le conjoint انتاعه على خاطر بعيا بعيا يساعفو ، و يجي انهيار اللي يكره منو ، encore même انهيار يجيوا الدراري ، est ce que راحين يفرجوا حتى هوما des diabetiques و لا لا . و هذي حاجة ما نطقهاش ، c'est pour ça ، اللي دايمن كي نخمم في الزواج انخمم على ولادي كيفاش راحين يكونوا ، و تانيك على حياتي مع راجلي كيفاش راحة تكون

-الريجيم نستحملو لو كان كاين مأكلة انتاع ريجيم في بلادنا ماعليهاش ، mais في بلادنا كاين غير la salade ، هذا واش كاين comme regime pour diabetiques ،

راني انشوف في روحي ناقصة ، عاجزة ، مانقدر اندير والو وحدي ، عايشة هكذاك برك ، الصحة ماكانش و كيف كيف l'avenir ماكانش ، c'est normal ، لو كان ماشي مرض السكر ، لو كان راني لابس عليا ، كما الناس كامل ، بلاك لو كان راني متزوجة ، بداري و اولادي و كلش. mais الله غالب ، واش يقدر يدير العبد ، هذا اللي اعطا ربي.

انهيار ما نقدرش اندير حاجة ، دايمن نرد سبتها لمرض السكر ، وصح ، على خاطر لو كان ماشي المرض ، ماتصراش هذيك الحاجة . و نهار نعرف بلي هذي حاجة فوق يدي نريغ شوية . و تاني كما قتلك ، نحب انقسر مع الناس اللي مراض بالسكر ، بصح ما شي لمقلقين منهم . على خاطر يزيديو لي القلق على القلق انتاعي هكذاك.

bien sûre ما نقدرش انشوف حياتي بلا مرض السكر ، على خاطر هذا المرض دايمن معايا ، مادام هو معايا نبقى دايمن كيف كيف ، مقلقة ، مريضة tout simplement . و شكون ما يجيش يرا mais الله غالب ، "c'est la verite"

### ب ) عرض نتائج الاختبارات :

قبل تقديم العلاج للأنسة (م) ، طبقت عليها مجموعة من الاختبارات لقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات، تقدير الذات و المقاومة . و سجلت النتائج في الجدولين (21 و 22) ، ثم أعيد تطبيق نفس الاختبارات بعد انتهاء مراحل العلاج و بعد مرور أربعة أسابيع على موعد انتهائها و جمعت النتائج في الجدولين (23 و 24 . ) .

### \* قبل تقديم العلاج :

الاختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات ( S. E. S)	معامل تقدير الذات (I . S. E)
الدرجات	° 65	° 82	° 71

- جدول رقم (21) : نتائج تطبيق اختبارات القلق، الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، قبل تقديم العلاج للأنسة (م). ( معامل القلق لدى الأنسة (م) قبل العلاج هو (0,81) .

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب		16	1
التقبلات		5	8
البحث عن المساعدة		8	6
التحفظات		3	6
توبيخ الذات		7	2
النمو		1	6

- جدول رقم (22) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة (W.C.C) على الأنسة (م) قبل تقديم للعلاج .

\* بعد تقديم العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات ( S. E. S)	معامل تقدير الذات (I. S. E)
الدرجات	° 36	° 63	° 51

- جدول رقم (23) : نتائج اعادة تطبيق اختبارات القلق (S.A.S)، الشعور بفعالية الذات (S.E.S)، و تقدير الذات (I.S.E) على الأنسة (م) بعد تقديم للعلاج .(معامل القلق لدى الأنسة (م) بعد العلاج هو (0,45) .

-----

العوامل	الإجابات	نعم	لا
الهروب		3	14
التقبلات		9	4
البحث عن المساعدة		10	4
التحفظات		5	4
توبيخ الذات		3	6
النمو		7	0

- جدول رقم (24) : نتائج اعادة تطبيق اختبار المقاومة على الأنسة (م) بعد تلقيها للعلاج .

### (3) التعليق على النتائج :

#### (أ) التعليق على نتائج المقابلة :

بالنظر إلى محتوى المقابلة مع الأنسة (م) ، نلمس استيائها من وضعية المرض ، و نكتشف مدى انزعاجها منها لكونها تمارس عليها ضغطا نفسيا و اجتماعيا معتبرا ، عبرت عنه الأنسة (م) في العديد من المرات ، بطرق مختلفة . فمرض السكري بالنسبة لها وضعية أفقدتها توازنها ، إذ نجدها تصف المصاب بمرض السكري بأنه شخص ينقصه التوازن ، و هو في حالة مستمرة من عدم التوازن ، إذ تقول حينما كانت بصدد الحديث من موقفها من المرض (واش نقولك ، مول السكر ، ماشي كما الناس لخرين (toujours en desequilibre)

و قد بلغ استيائها من مرض السكري إلى حد تفضيلها لأن تكون مصابة بمرض القلب ، على أن تكون مصابة بمرض السكري ، على الرغم من أن خطورة الإضطرابات القلبية لا تقل أهمية عن خطورة مرض السكري ، خاصة إذا تعلق الأمر بالأزمات القلبية الحادة .

و نجد الأنسة (م) مبررا لهذا التفضيل في التعقيدات المحتملة لمرض السكري و التي تكون بعض الأجهزة عرضة لها ، كجهاز الرؤية ، القلب ، و الكلى ، فنقول لنا je prefere être cardiaque que diabetique ، على خاطر مرض السكر très compliqué ، الواحد يكون مريض بالسكر برك ، حتى يولي في حوايج وحدخريين ، الكلاوي ، العينين ، القلب ، par contre ، مرض القلب راهو باين ، دايمن هو هو ، مرض القلب و خلاص .

من جهة أخرى ، فإن الأنسة (م) تشكو من مظاهر عديدة للقلق و الضغط الناتجين عن إصابتها بالسكري . و يتجلى ذلك من خلال حديثها المستمر عن شعورها بالقلق (يديرلي بزاف le stress أنا اتموت من هذاك le stress مقلقني بزاف) فآثر ذلك على نمط حياتها و أشعرها بالعجز و بالغضب و الإنفعال لأقل سبب فهي كما تقول (رجعت انसानة اخرى كامل ، عاجزة ، مريضة كل وقت ، تنقلق على جال la moindre des choses) و هذا هو الفرق بينها و بين غيرها من الأشخاص الغير مصابين بالسكري في نظرها .



فهي تعاني من صعوبة في ممارسة نشاطاتها الاجتماعية ، كما تنزعج لمواقف الآخرين التي تكنسي طابع الشفقة ، لأن هذا الأمر يشعرها بوجود فرق حقيقي بينها وبينهم (كاين ناس يحسسوني بلي راني ناقصة و ماشي كما هو ما ، و هذا الحاجة تقلقني).

كما أن حديث الأنسة (م) عن مرضها من دواعي القلق عندها ، فهي تفضل ألا تتحدث عنه ، خاصة إذا ما لمست إحساسا بالشفقة عليها من طرف الآخرين (ما نجيش كي نشوف هذيك الشفقة في عينيهم ، انحس روجي بلي راني ناقصة انتاع الصبح).

و يظهر لنا من خلال ما ورد في المقابلة أن الأنسة (م) تشكو من قلة شعورها بفعالية ذاتها ، و في تقديرها لذاتها أيضا. و امتد إحساسها بعدم قدرتها على ممارسة مسؤولياتها المعتادة ، ليشمل نظرتها إلى الزواج . فهي ترى نفسها عاجزة عن القيام بمسؤوليات الزواج ، و هو الشيء الذي سيقود في نظرها إلى نشأة عدم انسجام عاطفي بينها و بين زوجها . كما ينتابها الخوف أيضا من احتمال إيجابها لأطفال مرضى بالسكري نتيجة انتقال المرض منها إلى أطفالها بالوراثة ، و هو الشيء الذي لا تطيق احتماله كما قالت هي (و هذي حاجة ما نطيقهاش).

بالإضافة إلى ذلك ، فإن الأنسة (م) تتخذ من المرض حجة و ذريعة لتفسير و تبرير كل فشل أو تقصير يصدر عنها ، كما أن هذه العملية من الإسناد (attribution) التي تقوم بها الأنسة (م) تشعرها بالإرتياح بعض الشيء و تعيد لها بعض توازنها النفسي و الإنفعالي ، بالرغم من أنها ترى أن التوصل إلى حالة نهائية من التوازن و التوافق السيكلوجيين أمر صعب تحقيقه في حالة الإصابة بالسكري ، ما دام المرض نفسه مدعاة لوجود حالة عدم التوازن حسب اعتقادها ، إذ تقول (ما نقدرش انشوف حياتي بلا مرض السكر ، على خاطر هذا المرض دايمن معاي ، و مادام هو معاي نبقى دايمن كيف كيف ، مقلقة ، مريضة tout simplement)

## ب) التعليق على نتائج الاختبارات :

### \*قبل تقديم العلاج :

تشير نتائج الجدولين (21 و 22) ، المتعلقة بتطبيق اختبارات القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات والمقاومة قبل العلاج ، إلى أن الأنسة (م) تعاني فعلا من مستوى منخفض لكل من الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، إذ تحصلت على (82°) و (71°) على التوالي ، و هما درجتان تدلان على مستوى منخفض.

و تنطبق هذه النتائج على ما ورد من معطيات في المقابلة مع الأنسة (م) ، إذ اتضح من خلال المقابلة معها أنها تعاني من مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات ، و في تقديرها لذاتها.

إلى جانب هذا ، فإن نتائج اختبار القلق تؤكد فعلا على أنها تعاني من درجة عالية من القلق « و هو ما عبرت عنه في العديد من المرات في محتوى المقابلة.

كما أن نتائج اختبار المقاومة ، دلت هي الأخرى على أن الأنسة (م) تركز في عملية المقاومة ضد وضعية المرض على الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (الهروب ، التحفظات ، و توبيخ الذات) بصفة خاصة ، في حين لا نراها تستعمل بشكل كبير الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (كالتقبلات ، و النمو).

### \*بعد تقديم العلاج :

بعد تطبيق النموذج العلاجي المسمى "بنموذج حل المشكل" ، و إعادة تطبيق الاختبارات الخاصة بالقلق و الشعور بفعالية الذات ، و تقدير الذات ، و كذلك اختبار المقاومة على الأنسة (م) ، نلاحظ انخفاضاً في مستوى درجة القلق (36°) و ارتفاعاً في مستوى كل من الشعور بفعالية الذات (63°) و في تقدير الذات (51°) كما هو واضح في ( الجدول رقم 23 ))، وهو الأمر الذي يشير إلى وجود فرق واضح بين هذه النتائج و بين نتائج تطبيق نفس الاختبارات قبل تقديم العلاج (الجدول رقم 21)) حيث كانت درجة القلق مساوية لـ (65°) ، و مستوى كل من الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات على التوالي : (82°) و (71°).

نفس الشيء يمكن قوله بالنسبة لإعادة تطبيق اختبار المقاومة الذي دلت نتائجه على أن الآنسة (م) أصبحت بعد تعرضها للعلاج، تستخدم بشكل أكبر الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (التقبلات ، النمو ، و البحث عن المساعدة ) مقابل استخدام أقل لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال (كالهروب ، و توبيخ الذات) كما هو واضح في الجدول (24 . ) .

#### **(4) مناقشة النتائج :**

استنادا إلى ما جمع من نتائج و معطيات من الوسائل التقنية المطبقة على الآنسة (م) ، يمكننا أن نقول أن هذه الأخيرة ، و قبل تعرضها للعلاج المتمثل في نموذج حل المشكل ، كانت ترى وضعية المرض ، و الظروف الصعبة المحيطة بها ، انطلاقا من تقديرها لتلك الوضعية. حيث كانت تقدرها على أنها عبارة عن ضغط نفسي اجتماعي دائم يمنعها من ممارسة حياة عادية كغيرها ، و يضعها في حالة من اللاتوازن المستمر ، بسبب الإحساس بالتوتر و القلق بشكل دائم . و قد انعكست هذه الطريقة من التقدير المعرفي (cognitive appraisal) الذي تصدره الآنسة (م) بشأن وضعية المرض كوضعية ظاغطة ، على نمط تعاملها مع تلك الوضعية ، إذ نراها تحاول أن تخفف من حدة ذلك الضغط بطريقتها الخاصة ، فتستعمل في مقاومتها ضد تلك الوضعية ، إستراتيجيات تركز أكثر على الإنفعال (كاستخدامها لأسلوبي الهروب و توبيخ الذات)، في حين يقل استعمالها للإستراتيجيات التي تركز على المشكل .

غير أننا نرى أن استعمال هذا النوع من الإستراتيجيات التي تتمحور حول الإنفعال ، لم يمكن الآنسة (م) من إيجاد طريقة تعامل متلائمة مع معطيات المشكل ، و مع عناصر وضعية الضغط . فمستوى القلق لديها عال و بشكل بارز ، و قد عبرت بوضوح عن ذلك من خلال المقابلة ، حينما تحدثت عن القلق و الضغط ، اللذان يلازمانها ، و تمنعانها من أن تعيش حياتها كالآخرين .

و نظرا لشعورها الدائم بالتوتر ، نجدها تعجز عن الإحساس بفعالية ذاتها ، إذ ترى نفسها عاجزة عن الأداء ، و غير قادرة على أن تمارس حياتها بشكل عادي . و هو أيضا أمر يزيد من درجة قلقها ، و يخفض من مستوى تقديرها لذاتها . و قد لاحظنا ذلك من خلال وصفها لنفسها في المقابلة (راني انشوف في روحي عاجزة ، ناقصة، ما نقدر ندير والو وحدي ، عايشة هكذاك برك .) .

في حين نرى أن مستوى تقدير الأنسة (م) لذاتها ، و مدى إحساسها بفعالية ذاتها ، يرتفع بعد تلقيها لخصص العلاج القائمة على نموذج حل المشكل . و تغيرت طريقة تعاملها مع المرض من خلال تغيير الإستراتيجيات التي تستعملها في المقاومة ضد المرض . فبدلا من أن تركز في عملية المقاومة على الإستراتيجيات التي تتمحور حول الإنفعال (كما كانتت تفعل قبل تعريضها للعلاج) أصبحت تلجأ أكثر لإستعمال إستراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل ، بعد العلاج . و ذلك انطلاقا من التغير الذي طرأ على كيفية تقديرها لوضعية المرض . حيث أصبحت بعد تلقيها للعلاج لا تنظر إليها على أنها حالة من اللاتوازن المستمر ، أو على أنها "عائق يمنعها من أن تعيش حياتها كباقي الناس" ، بل على أنها "وجه عادي من أوجه الحياة المختلفة" ، يقتضي التعامل معه نوعا خاصا من المعالجة الفعلية و الواقعية ، التي تشترط التعرف على جميع جوانبه و عناصره ، و عندما تغيرت طريقة تقدير (appraisal) الأنسة (م) لوضعية المرض ، تغيرت أيضا طريقة تعاملها معه (و نلاحظ بالرجوع إلى الجدول رقم (24) ، كيف أنها استبدلت الإستعمال المكثف للإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال ، بالإستعمال المكثف للإستراتيجيات التي تركز على المشكل ) . و بذلك تمكنت من تخفيض درجة القلق لديها ، و من إيجاد طريقة أكثر توافقا من الناحية السيكولوجية في معالجة الضغط النفسي الإجتماعي الممارس عليها ————— من طرف

وضعية المرض.

## الحالة رقم (7) : السيد (أ) :

### (1) تقديم الحالة :

الجنس : ذكر ,

السن : 64 سنة ,

مدة الإصابة بالسكري : منذ 17 سنة ,

متزوج ,

يعمل كمقاول خاص ,

### (2) عرض النتائج :

في مقابلتنا مع السيد (أ) ، لاحظنا عليه شيئا هاما و هو الهدوء الذي كان يسوده ، و هو يجيب على أسئلة المقابلة ، الأمر الذي يميز بينه و بين باقي أفراد العينة في هذا البحث ، فلم نشعر و نحن نجري المقابلة معه ، بانزعاجه أو بمظاهر القلق لديه ، حينما كان يتكلم عن مرضه ، بل كان يتحدث عنه بكل هدوء.

و لقد اكتشفنا من خلال ما دار بيننا في المقابلة مع السيد (أ) أنه لا يعيش وضعية المرض كوضعية ضغط نفسي اجتماعي ، و عندما طبقنا عليه الاختبارات الخاصة بالكشف عن مظاهر ذلك الضغط ، وجدنا أن نتائجها تدل فعلا على أن السيد (أ) لا يعاني من الضغط السيكولوجي ، نتيجة إصابته بالسكري . بل إنه زيادة على ذلك يتعامل مع وضعية المرض بطريقة تكيفية ، تحقق له التوافق السيكولوجي مع المرض. و لهذا السبب لم نعرضه للعلاج المتمثل في "نموذج حل المشكل" الذي يهدف أساسا إلى توفير إمكانية التوافق السيكولوجي مع المرض.

و فيما يلي عرض لمحتوى المقابلة ، ثم عرض لنتائج تطبيق الاختبارات على السيد (أ) :

## أ) عرض نتائج المقابلة :

"مرض السكر يجي من le choc ، أنا واحد خذيتو ب choc انتاع les impôts ، على خاطر نخدم مقال و السة انتاعي اللي مرضت بالسكر ، انهار جاوني les impôts بحاجة اللي ماتدخلش فالعقل . لو كان ماشي le choc اهذاك بلاك ما تعرضش بالسكر.

أنا ما نتقلش منو كامل ، ما يقلقنيش خلاص ، ضرك كي مرضت ، عرفت بلي القلق يزيد فالمرض انتاع السكر ، ما نتقلق ماوالو . يخني المرض حاجة ربي ، راني راضي بالشئ اللي عطاها لي ربي.

صح حقيقة السكر بيدل حياة الإنسان من جهة الماكلة و الدوا اللي دايمن و كلش ، بصح يقدر المريض يخدم و يعيش normal . واشنو لازم يحاذر على الريجيم انتاعو و ثاني على القلق ، لازم ما يتقلقش.

-أنا ما نخبيش مرضي ، علاه انخبيه ، يعرفوا الناس و لا ما يعرفوش كيف كيف . يخني أنا اللي راني مريض.

المهم عندي ، أنا انكون مليح و خلاص . بزاف الناس اللي مراض بالسكر ، و عايشين مع الناس لخرين normal ، عندهم حبابهم ، و عندهم خلمتهم و ديارهم و كلش .

شوفي ، ضرك كل واحد طبيب نفسو ، و كل مريض بالسكر طبيب نفسو تانيك ، ويعرف بلي الزعاف يزيدلو ، alors علاه يزعف روجو ، و يزيد المرض لعمرو . علاه ذاك تصيني أنا ما نتقلش روجي ، و même كي يقلقوني ، بلحف نسي نهدن روجي.

أنا عندي الناس قاع كيف كيف . و نعرف بزاف الناس اللي مراض بالسكر و اللي ماشي مراض . و ما نتقلقش كي نهدر على مرضي قدام الناس لخرين.

-أنا متزوج و عندي الدراري و كلش ، normal واشنو ساعة على ساعة الواحد يحس روجو عيان  
و تعبان c'est normal مرض السكر هذا هو ، يأثر شويه على الحياة انتاع الزوجين ، و في هذا الوقت ماكانش  
les couples اللي راهم دايمن متفاهمين ، صحاح و لا مراض . دايمن كاين مشاكل ،  
خطرة على خطرة.

-المريض بالسكر يلزمو يخدم ، يقلش كما يقولو ، و انا راني نخدم normal كما بكري كما اليوم ،  
و مازلت قادر نخدم . بالعكس اليوم انحب نخدم أكثر ملي كنت بكري ، على خاطر الخدمة اطيح السكر كي يكون  
طالع أكثر ملي اطيحو الوا . على هذا يلزم المريض بالسكر ، يخدم ، يتعب و ثاني الخدمة تنسيه ، و بها يحس بلي  
مازال قادر يخدم ، و يقوم بدارو و بعيلتو.

- قتلك ، الرجيم مهم بزاف عند المراض بالسكر ، و اللي يتبع الرجيم و ما يتقلقش منو ، و تبع الدوا  
انتاعو دايمن ايصيب روجو مليح و ما يطيحش comma ، و لا يطلعو السكر بزاف . و هكذا يكون دايمن قادر  
باش يخدم وينشط ،

ما شي دايمن مرض السكر هو السبة في العجز انتاع الإنسان ، حقيقة هو مرض يتعب و كلش بصح كاين  
بزاف الناس اللي عايشين بيه normal ، و كاين ناس اللي بلا مرض السكر و تلقايمهم دايمن  
مقلقين و تعبانين.

راني انعيش حياتي normal ، كي بكري كي اليوم مانيش دايرلوا كامل احسابو ، كلي مانيش مريض  
بالسكر ، علاخاطر ما نبقاش نخمم غير فيه ، و انحب نخدم ، و علا هذاك قليل وين تصبيه طلعلي بزاف ، غير انهار  
اللي تبيني حاجة فوق طاقتي ، يعني حاجة كبيرة بزاف c'est normal ، تم بسيف يطلع " .

### ب) عرض نتائج الاختبارات :

بعد إجراء المقابلة ، طبقت مجموعة الاختبارات المستعملة في هذا البحث و الخاصة بقياس القلق ، الشعور

بفعالية الذات ، تقدير الذات ، و المقاومة ، على السيد (أ) فكانت النتائج كما يلي :

#### \* قبل تقديم العلاج :

الإختبارات	سلم التقرير الذاتي للقلق (S. A. S)	سلم فعالية الذات (S. E. S)	معامل تقدير الذات (I. S. E)
الدرجات	28°	37°	35°

- جدول رقم (25) : نتائج تطبيق الاختبارات الخاصة بقياس القلق ، (S.A.S) ، و الشعور بفعالية الذات (S.E.S) ، و تقدير الذات (I.S.E) على السيد (أ). ( معامل القلق لدى السيد (أ) هو (0,35) .

العوامل	نعم	لا
الهروب	1	16
التقبلات	10	3
البحث عن المساعدة	7	7
التحفظات	5	4
توبيخ الذات	1	8
النمو	7	0

- جدول رقم (26) : نتائج تطبيق اختبار المقاومة ، (W.C.C) على السيد (أ) .



### (3) التحليل على النتائج :

#### (أ) التعليق على نتائج المقابلة :

من خلال ما ورد في المقابلة ، نرى أن السيد (أ) ، لا يرى في إصابته بالسكري ، مانعا له في ممارسة حياته بشكل عادي ، فهو مازال يمارس عمله كمقاول . و وجوده تحت وضعية المرض لم يشعره بالعجز في أداء عمله أو في القيام بمسؤولياته اتجاه نفسه أو أسرته ، و حتى علاقاته الاجتماعية لم تؤثر عليها إصابته بالسكري . و من خلال ما ورد في المقابلة أيضا ، نلاحظ أن السيد (أ) لا يعاني من القلق بفعل إصابته بالسكري (أنا ما نتقلقش منو كامل ، ما يقلقنيش خلاص) لأنه متيقن من أن لعنصر القلق وزنه في التأثير على مسار المرض (عرفت بلي القلق يزيد فالمرض انتاع السكر) .

و هو برغم اعترافه بأن الإصابة بمرض السكري ، تغير مجرى حياة المصاب به ، إلا أنه يعرف جيدا كيف يتكيف نفسيا و اجتماعيا مع ذلك التغير (حقيقة ، السكر ، بيدل حياة الإنسان من جهة الماكلة و الدوا اللي دايمن و كلش ، بصح يقدر المريض يخدم و يعيش normal) .

من جهة أخرى نرى أن السيد (أ) ، يؤكد على فكرة أن التحكم في وضعية المرض و تجاوزها أمر يقع على عاتق المصاب وحده ، إذ يقول (كل واحد مريض بالسكر طبيب نفسو) .

كما أن مستوى الشعور بفعالية الذات لدى السيد (أ) يبدو مرتفعا من خلال ما ورد في المقابلة معه و كذلك الأمر بالنسبة للتقدير الذاتي لديه (راني نخدم normal ، كي بكري كي اليوم و مازلت قادر نخدم) .

و يصر السيد (أ) على ضرورة العمل كعامل حيوي من عوامل التوافق مع مرض السكري ، لأن العمل في حالة الإصابة بالسكري يساعد طبيا في نظره على تقليص نسبة السكر الزائدة في الدم ، و يساهم في عملية تنظيمه من جهة ، كما يساعد المصاب على تجاوز التفكير المستمر في وضعية المرض و يشعره بفعالية ذاته و يمنحه مستوى عال من التقدير الذاتي من جهة أخرى (على خاطر الخدمة اطيح السكر كي يكون طالع أكثر ملي ايطحيو الدوا ، على هذا المريض بالسكر يلزمو يخدم ، يتعب ، و ثاني الخدمة تنسيه ، و بها اللي يحس بلي مازالو قادر يخدم ، و يقوم بدارو و يعيش) .

و السيد (أ) مدرك تماما لطبيعة المرض (ساعة على ساعة ، الواحد يحس روجو عيان ة تعبان ، c'est normal ، مرض السكر هذا هو) . و مدرك أيضا للإلتزامات التي يفرضها هذا المرض على المصابين به و لأهمية هذه الإلتزامات في مسار المرض (الريجيم ، مهم بزاف عند المراض بالسكر ، و للي يتبع الريجيم و ما يتقلقش منو ، و يتبع الدوا انتاعو دايمن ، ايصيب روجو مليح) .

و يعتقد السيد (أ) أن العجز الذي يشعر به بعض المصابين بالسكري ، ليس ناتج بالدرجة الأولى عن المرض ذاته ، و إنما هو راجع إلى أسباب و عوامل أخرى (ماشي دايمن مرض السكر ، هو السبة في العجز انتاع الإنسان ،... كايين بزاف ناس عايشين بيه normal ، و كايين ناس اللي بلا مرض السكر و تلقايم دايمن مقلقين و تعبانيين) ،

### ب) التعليق على نتائج الاختبارات :

تشير نتائج تطبيق الاختبارات الخاصة بالقلق و بالشعور بفعالية الذات و تقدير الذات ، و كذا اختبار المقاومة و المدونة في الجدولين ( 25 و 26 ) الى أن السيد (أ) فعلا لا يعاني من مظاهر القلق (28°) ، كما تشير أيضا إلى أن مستوى الشعور بفعالية الذات و تقدير الذات مرتفع ، إذ قدرت نتائجها على التوالي في الإختبارين الخاصين بقياسهما (37° و 35°) . (علما بأن الدرجات المنخفضة المتحصل عليها بعد تطبيق اختباري سلم فعالية الذات (S.E.S)، و معامل تقدير الذات (I.S.E) ، تدل على المستويات العالية في كل من الشعور بفعالية الذات و في تقدير الذات.) .

كما أن اختبار المقاومة هو الآخر، دلت نتائجه على أن السيد (أ) لا يستعمل في عملية المقاومة ضد المرض ، أسلوب الهروب و لا أسلوب التوبيخ الذاتي ، و لكنه يستعمل و بصفة مكثفة ، أسلوب التقبلات و النمو بشكل واضح . ( و يمكن الرجوع إلى الجدولين (25 و 26) لمراجعة هذه النتائج التي تتطابق بشكل كبير مع محتوى المقابلة.

#### (4) مناقشة النتائج :

من خلال تحليل نتائج المقابلة و النتائج المتوصل إليها إثر تطبيق الاختبارات المتعلقة بقياس القلق ، الشعور بفعالية الذات ، تقدير الذات واختبار المقاومة ، نستنتج أن السيد (أ) لا يعيش وضعية المرض ، كوضعية ضغط نفسي إجتماعي ، و لا تشكل بالنسبة إليه "عائق يمنعه من القيام بمسؤولياته كفرد" سواء تعلق الأمر بحياته العملية أو النفسية و الإجتماعية.

و يعود ذلك إلى كون التفسيرات التي يعطيها السيد (أ) لوضعية المرض ، تنبع من عملية التقدير (appraisal) التي يصدرها بشأن تلك الوضعية . فهو لا يقدر وضعية المرض "كعامل خطر يهدد توازنه النفسي و الإجتماعي و يمنعه من إنجاز ما يرغب فيه " ، و لكنه يقدرها " كمظهر عادي من مظاهر الحياة المختلفة ، يبعث على التحدي " ، و يتطلب نوعا خاصا من التعامل و المعالجة . و قد ساعده تفهمه لطبيعة المرض على تقبل المرض من جهة و على تقبل انعكاساته على مختلف جوانب حياته من جهة أخرى .

و انطلاقا من تقبله لوضعية المرض ، و استنادا إلى اعتقاده ، بقدرته على التحكم فيها ، يقوم السيد (أ) باستعمال الأساليب التي يراها تنماشى و متطلبات تلك الوضعية في عملية المقاومة ضد المرض.

كما نلاحظ من خلال النتائج أيضا ، أن السيد (أ) يتميز باتجاه داخلي في عملية المراقبة أو التحكم (internal locus of control) التي يقوم بها اتجاه وضعية المرض ، إذ يعتقد بشكل قاطع ، بأن مسار المرض و مسؤولية مراقبته، تقع بشكل أولي على المصاب ذاته و تتوقف على مدى نجاعة الطريقة التي يتعامل بها معه.

و هكذا ، فإن تقييم (evaluation) السيد (أ) لإمكانياته على أنها في مستوى عملية المقاومة ، و تقديره (appraisal) لوضعية المرض على أنها وضعية قابلة للتحكم و المراقبة ، مكانه من الحفاظ على صورة جسدية موجبة (maintain a positive self-image) ، الشيء الذي ساعده على ارتفاع مستوى تقديره لذاته ، و على الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain of emotional equilibrium) في غياب كل من عنصر القلق و

توبيخ الذات و مكناه بالإضافة إلى ذلك من الإستمرار في ممارسة عمله ، انطلاقا من شعوره بفعالية ذاته، و الإستمرار في إقامة علاقاته مع الآخرين.

و كل هذه العناصر ساهمت مساهمة فعالة ، مباشرة و غير مباشرة في تكيف السيد (أ) مع الوقائع السلبية للمرض و في توافقه السيكلوجي مع المرض بصفة عامة .

و في الأخير ، نقول أن حالة السيد (أ) ، يمكن اعتبارها بشكل من الأشكال ، دعما إميريا للنظرية المعرفية للضغط و المقاومة لـ (Lazarus) ، التي تلعب فيها عملية التقدير المعرفي دورا مهما في توجيه عمل المقاومة من جهة ، و في معالجة وضعية الضغط السيكلوجي من جهة أخرى .

### ( 3 ) مناقشة عامة لنتائج البحث

صممت هذه الدراسة ، للكشف عن مدى تأثير الإصابة بمرض السكري على الجانب النفسي و الاجتماعي للمصابين به ، و للكشف عن نماذج التقدير المعرفي (cognitive appraisal patterns) الخاصة بوضعية المرض، و عن علاقتها باستعمال استراتيجيات نوعية (specific) في عملية المقاومة ضد الضغط النفسي الذي ينشأ عن تلك الوضعية.

و افترضت هذه الدراسة، أن المصابين بالسكري يعيشون المرض كوضعية ضغط نفسي ، ناتج عن استعمالهم لاستراتيجيات مقاومة لا توافقية ضد المرض . و عليه ، كان من بين أهداف هذه الدراسة، تقديم كفالة نفسية مستمدة من النظرية المعرفية للضغط و المقاومة ، و هذا بتطبيق نموذج علاجي يعرف باسم نموذج حل المشكل (problem-solving model) ، يقوم أساسا على تغيير سلوكيات العميل في عملية المقاومة من التركيز على الإنفعال إلى التركيز على المشكل و حل المشكل .

كما افترضت هذه الدراسة أيضا ، أن هذا التعديل الذي سيطرأ على سير أو اتجاه عملية المقاومة لدى المصابين بالسكري (أفراد العينة ) ، من شأنه أن يؤدي إلى تعديل في مستوى الضغط النفسي الاجتماعي الناجم عن وضعية المرض ، و يخفض من مستوى القلق ، الشيء الذي يقود بدوره إلى ارتفاع في مستوى الشعور بفعالية الذات و في مستوى تقدير الذات (self-efficacy and self-esteem) .

و قد بينت نتائج هذا البحث أن أفراد العينة ، قبل التكفل بهم نفسيا ، و حضورهم إلى حصص العلاج ، كانوا يعيشون وضعية المرض ، كعامل ضغط يهدد توازنهم النفسي و الاجتماعي ، و يقدررون تلك الوضعية على أنها "عائق اضطراري يشعرهم بالعجز ، و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه." (كما أن البعض من أفراد العينة ، و بالإضافة إلى تقدير (appraisal) وضعية المرض ، " كعائق اضطراري يشعرهم بالعجز ، و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه " ، يقدرونها أيضا على أنها وضعية تفرض بالحاح مساعدة الآخرين ) . و البعض الآخر منهم يقدرها على أنها " حجة مقبولة لتجنب الدخول في الوضعيات

المرجحة أو القيام بالمهام الصعبة" ، إلى جانب تقديرهم لها " كعائق اضطراري يشعرهم بالعجز و تمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه. "

كما أظهرت نفس النتائج أن المصابين بالسكري ، في عينة البحث ، يستخدمون في عملية المقاومة ، الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) أكثر مما يستخدمون الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused coping strategies) . فهم يستعملون في عملية المقاومة ضد المرض، أسلوب الهروب و التجنب (avoidance) بالتركيز على الاعتقاد الرغبي (whishful thinking) كالرغبة في تغيير الوضعية بتمني حدوث معجزة ، و رفض تقبل ما حدث ، و تجنب الحضور بين الآخرين ، و الابتعاد عن الوضعية مدة من الزمن . كما يستعملون بشكل كبير ، أسلوب توبيخ الذات إلى جانب أسلوب الهروب من مواجهة المشكل .

كما بينت نتائج هذه الدراسة أيضا ، أن استعمال هذا النوع من الإستراتيجيات التي تركز على المشكل في عملية المقاومة، لدى هؤلاء المصابين بالسكري ، يقودهم إلى نوع من الكف عن الفعل (inhibition of action) وهو الشيء الذي يؤدي بدوره إلى انخفاض في مستوى الشعور بفعالية الذات (self-efficacy) و في مستوى تقدير الذات (self-esteem) ،

كما بينت نفس النتائج، أن استعمال هذه الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال و بصفة خاصة تلك المتعلقة بأسلوب الاعتقاد الرغبي و التجنب و توبيخ الذات (whishful thinking , avoidance and self-blamme) ، يرتبط بوجود انفعالات سلبية (negative emotions) كالقلق، مشاعر الغضب ، مشاعر الخوف ، ومشاعر الاستياء (anxiety , anger , fear and resentment) ،

و قد أثبتت هذه النتائج أيضا أن الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة ، و بصفة خاصة تلك التي تقوم على أسلوب الاعتقاد الرغبي (wishful thinking) و التجنب (avoidance)، و توبيخ الذات (self-blamme) ، هي استراتيجيات تنقصها الفعالية في تخفيف حدة الضغط النفسي الاجتماعي الذي تمارسه وضعية المرض ضد المصابين به . كما بينت هذه النتائج كذلك أن استعمال هذا النوع الغير فعال (inefficient) في عملية المقاومة ضد وضعية المرض كعامل ضغط سيكولوجي ، يرتبط بعملية التقدير الثانوي (secondary appraisal) التي يقيم (evaluate) من خلالها أفراد العينة ، إمكانياتهم الخاصة في إيجاد بدائل (alterantives) لمعالجة وضعية الضغط . حيث يعتقد هؤلاء أن إمكانياتهم في إيجاد بدائل للتعامل مع "الوضعية - المشكل" ليست في مستوى مركبات تلك الوضعية.

و اتضح من خلال النتائج أيضا ، أن هذا التقييم السلبي (negative evaluation) الذي يصدره أفراد العينة بشأن إمكانياتهم في تخفيف عامل الضغط ، يرجع إلى الاتجاه الخارجي (external locus) الذي يتميز به هؤلاء في تقييمهم لقدرتهم على التحكم في وضعية الضغط مصدر المواجهة . إذ يرون أن هذه الوضعية من الضغط تفوق قدراتهم و تتجاوز إمكانياتهم في المقاومة ، لأنهم يؤمنون بشكل قاطع ، بفكرة تدخل قوة خارجية أقوى من إرادتهم في عملية التحكم في تلك الوضعية كالحظ (luck) ، النصيب (chance) ، و القدر (fate) ، و لهذا تم انتقائهم لأساليب تتماشى مع تقديرهم لهذه الوضعية ، كوضعية غير قابلة للتحكم و المراقبة . و تمثلت تلك الأساليب المنتقاة في أسلوب الهروب و التجنب و توبيخ الذات.

أما نتائج إعادة تطبيق الاختبارات (بعد تعريض كل أفراد العينة للعلاج المتمثل في تقنية حل المشكل ، ماعدا السيد (أ) الذي لم يكن يحتاج لمثل تلك التقنية العلاجية بسبب عدم معاناته من الضغط السيكولوجي الناتج عن إصابته بالسكري) ، فإنها تشير إلى أن اللجوء إلى استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) قد تقلص لدى أفراد العينة بشكل ملحوظ ،

في حين ارتفعت نسبة استعمالهم للإستراتيجيات التي تركز على المشكل  
(problem-focused coping strategies) ،

و قد ارتبط هذا التغير في محور اتجاه المقاومة ، نحو الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ، بعد أن كان موجهها نحو تلك التي تركز على الإنفعال ، بعملية إعادة التقدير (reappraisal) الخاصة بوضعية المرض . إذ لم يعد أفراد العينة يقدرونها كعامل ضرر (harm) أو خطر (threat) يهدد توازنهم النفسي و الاجتماعي و يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه ، بل أصبحوا يقدرونها كعامل للإعتراض و التحدي (challenge) ، و أنها وضعية قابلة للتحكم ، بحيث تغيرت طريقة التقدير لدى أفراد العينة بشأن وضعية المرض من كونها : "عائق اضطراري يمنعهم من إنجاز ما يرغبون فيه " لتصبح في نظرهم "وضعية يجب تقبلها أو التعود عليها (must be accepted or gotten used to) " ، و هي كذلك "وضعية يمكن تغييرها (could be changed) . " كما أنها أيضا وضعية تشكل بالنسبة إليهم ضغطا سيكولوجيا هم في حاجة إلى التعرف على كل عوامله أكثر من السابق ، حتى يمكنهم التعامل معه بشكل فعال .

و انطلاقا من هذه الصيغة الجديدة من التقدير المعرفي (cognitive appraisal) لوضعية المرض، أدرك أفراد العينة أن استعمالهم لإستراتيجيات المقاومة التي تركز على الإنفعال (emotion-focused coping strategies) لا يتلائم مع معطيات طريقة التقدير (appraisal) الجديدة التي أصدروها بشأن وضعية المرض ، خاصة و أنهم أدركوا أيضا قلة فعالية تلك الإستراتيجيات في معالجة الضغط السيكولوجي الذي تشكله وضعية المرض بالنسبة إليهم . فادركوا أن استعمال إستراتيجيات تركز أكثر على محور الضغط، و تتعامل مع مختلف جوانبه ، هي أجدى نفعا في عملية المقاومة ضد الضغط ، من تلك التي تتجنب مواجهته . و لهذا تغير اتجاه عمل المقاومة من التركيز على الإنفعال إلى التركيز على المشكل . و قد بينت نتائج هذا البحث بعد تقديم العلاج ، كيف أن استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused coping strategies) كاستعمال عاملي النمو و التقبلات ، هو أكثر فعالية من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال



(emotion-focused coping strategies) كاستعمال أسلوب الهروب و التجنب، و أن استعمال استراتيجيات تركز على المشكل يؤدي إلى تجاوز حالة الضغط النفسي الاجتماعي المرتبطة بوضعية المرض ، و إلى التخفيف بشكل واضح من حدة الإنفعالات السلبية (negative emotions) ، التي تنجر عن ذلك كالقلق ، الغضب ، الخوف و الإستياء (anxiety , anger , fear and resentment) ،

كما أظهرت النتائج بعد تعريض أفراد العينة إلى العلاج المتمثل في تقنية "حل المشكل"، و بعد عملية إعادة التقدير (reappraisal) التي أجروها بشأن وضعية المرض ، و تصورهم لها على أنها وضعية قابلة للتحكم، و بأنه في مقدورهم تحدي (challenge) تلك الوضعية باستعمال الإمكانيات المتوفرة لديهم في عملية المقاومة ضد هذه الوضعية ، و بعد استعمالهم لاستراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل، أن مستوى شعورهم بفعالية الذات قد ارتفع، و زاد مستوى تقديرهم الذاتي و الاجتماعي (self and social-esteem) ، فانخفض مستوى القلق عندهم بشكل ملحوظ.

و من خلال النتائج أيضا ، يتبين لنا أن تقدير (appraisal) أفراد العينة لوضعية المرض مصدر للضغط السيكولوجي الذي يعانون منه ، على أنها وضعية قابلة للتحكم ، و أنه باستطاعتهم الاعتماد على إمكانياتهم الخاصة في عملية المقاومة (اتجاه داخلي في عملية التحكم) (internal locus of control) لتخفيف ضرر أو تهديد الشروط المحيطة بالمرض (الانعكاسات التي يخلفها المرض على جوانب حياتهم) ، مكنهم من الحفاظ على التوازن الإنفعالي (maintain emotional equilibrium) ، و من الحفاظ على صورة جسدية موجبة (maintain a positive self-image) ، مما سيساعدهم على الإستمرار في إقامة علاقاتهم مع الآخرين ، و التكيف مع الوقائع السلبية للمرض.

و قد أشار كل من (Cohen and Lazarus, 1979) إلى هذه الفكرة حول دور التقديرات الخاصة بعملية المراقبة أو التحكم (control appraisals) في تخفيف الشعور بالخطر الناجم عن وضعية المرض ، و في زيادة فرص الشفاء و تعزيزها (enhance prospects of recovery) .

و عليه ، نستنتج أن الكيفية التي يدرك بها الفرد وضعية المرض ، أو التقدير المعرفي للضغط (stressful cognitive appraisal) الذي ينشأ عن وضعية المرض ، و الطريقة التي يتعامل بها مع تلك الوضعية ، أو استراتيجيات المقاومة (coping strategies) ، هما متغيران (variables) لهما أهميتهما في التنبؤ بمدى التوافق النفسي (psychological adjustment) مع المرض.

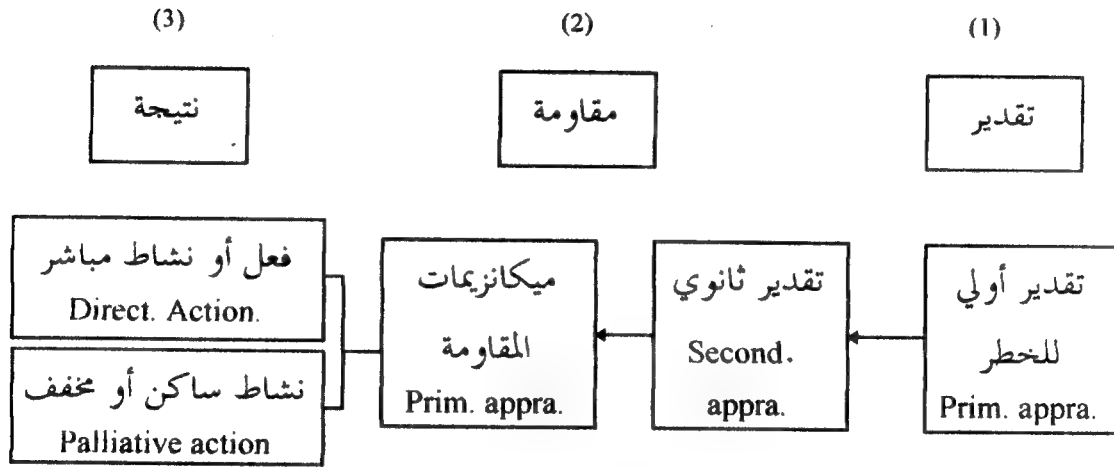
كما نستنتج أيضا أهمية الدور الذي تلعبه عملية التقدير المعرفي الخاصة بالضغط النفسي (stressful appraisal) في سمر عملية المقاومة ضد المرض لدى أفراد العينة ، و هو الشيء الذي يدعم فكرة " المقاومة كسلوك يحتل موقعا مركزيا في عملية التوافق النفسي مع المرض المزمن بصفة عامة (Cohen and Lazarus, 1979) و مرض السكري بصفة خاصة " (Moos , 1982) ،

و نستنتج أن هناك علاقة بين طريقة التقدير الأولي (primary appraisal) و بين طريقة التقدير الثانوي (secondary appraisal) التي يصدرها الشخص، في تصوره لوضعية المرض و مدى قدرته على التحكم فيها ، خلال عملية المقاومة . و قد تحدث كل من الباحثان (Lazarus and Folkman, 1984) عن دور هذه العلاقة التفاعلية في تخفيض حدة الضغط و تعديل شدة و مضمون ردود الأفعال الانفعالية.

كما نستنتج أيضا أن استعمال الاستراتيجيات التي تركز على الإنفعال (emotion-focused strategies) في عملية المقاومة ، كاستراتيجيات الهروب أو التجنب (avoidance) هو أقل فعالية من استعمال الاستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused strategies) كاستراتيجيات النمو (growth) ، في تخفيض الضغط النفسي الذي ينشأ عن الإصابة بالسكري . و أن استعمال النوع الأول من الاستراتيجيات يقود إلى "الكف عن الفعل" (inhibition of action) مما يؤدي إلى وجود الإنفعالات السلبية (negative emotions) كالغضب و القلق و الخوف ، و إلى مستوى منخفض في الشعور بفعالية الذات و إلى تقدير منخفض للذات أيضا . بينما يحث استعمال النوع الأخير من الاستراتيجيات (التي

تركز على المشكل) على " الدخول في الفعل" (put in action) ، مما يؤدي إلى بروز الإنفعالات الإيجابية. (pleasurable emotions) ، كالشعور بالرضا والإرتياح ، و إلى مستوى مرتفع في تقدير الذات ، و في الشعور بفعالية الذات.

ويمكننا في هذا الشأن أن نسترجع النموذج المعرفي الذي قدمه (Lazarus) للضغط والمقاومة (الشكل رقم 1) ، حتى تبين لنا أهمية كل من عنصري التقدير (appraisal) و المقاومة (coping) في التعامل مع عنصر الضغط (stress) .



### -شكل رقم (1)-

مخطط تمثيلي للنموذج المعرفي للضغط — (Lazarus) (F. Bakal , 1979, p:89)

و يقول (Lazarus) (in Bakal , 1979) عن تقدير الضغط " أنه ليس عبارة عن إدراك بسيط (simple perception) لعناصر الوضعية ، و لكنه عبارة عن حكم (judgment) ، استدلال ، تكون فيه المعطيات مشابهة لمجموعة الأفكار و التوقعات. "

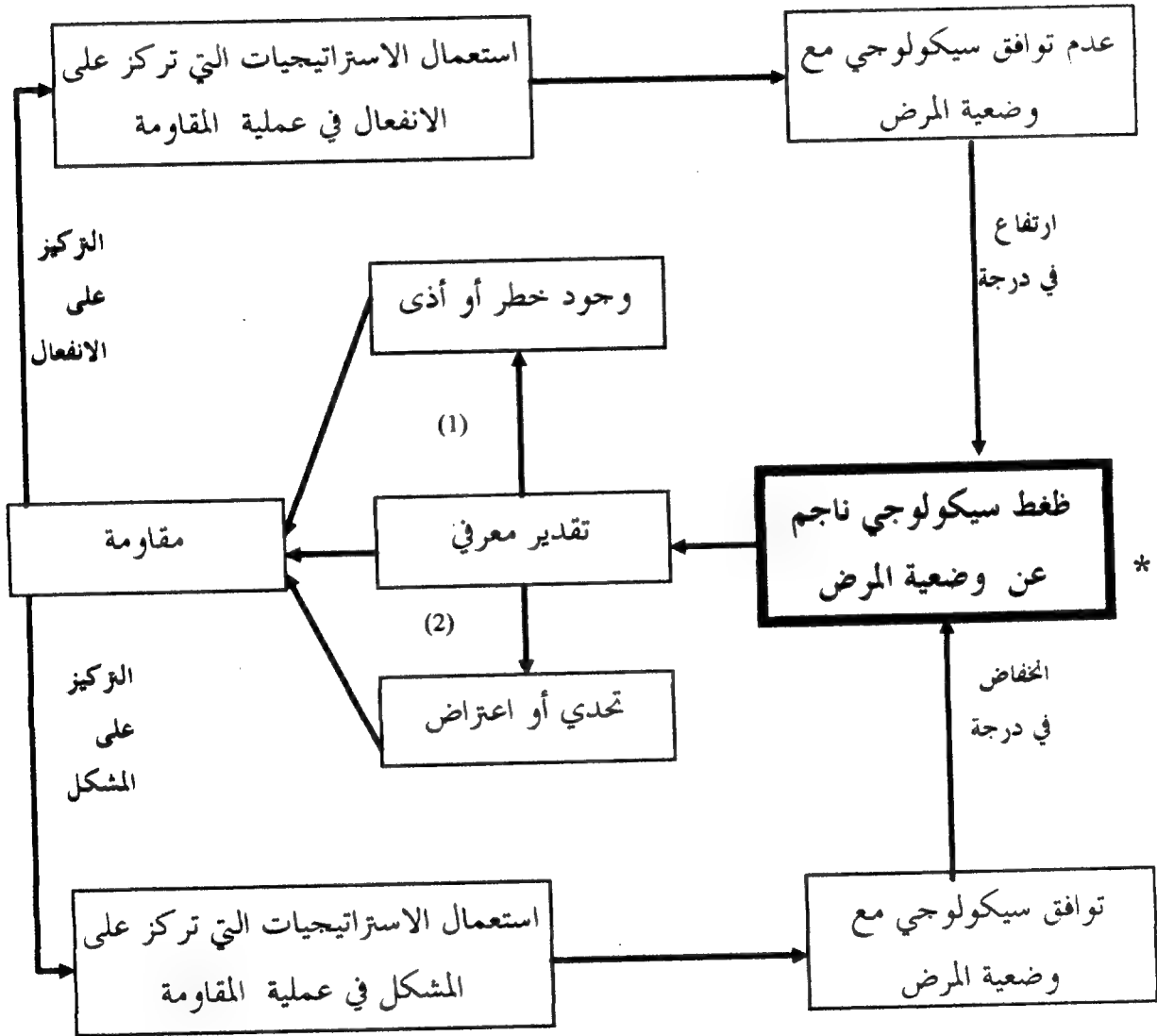
حسب هذا النموذج إذن ، لا يكون إدراك الأفراد لنفس المثير حتما بنفس الطريقة أو بنفس الشكل ، إذ من المحتمل أن يدرك بعض الأفراد مثيرا ما على أنه خطر يهددهم ، في حين لا يمثل نفس المثير بالنسبة لأفراد آخرين مصدر خطر أو تهديد. و إذا حدث و أن أدرك الفرد المثير ، و قدره على أنه مصدر خطر أو تهديد (تقدير أولي) (primary appraisal) ، فإنه سيدخل بعد ذلك في مرحلة التقدير الثانوي (secondary appraisal) و عندها، تنشط ميكانيزمات المقاومة (coping mechanisms) لتحديد طبيعة الاستجابة النهائية مع ذلك المثير.

و يكمن الفرق بين التقدير الأولي و التقدير الثانوي ، في أن مهمة الأول هي تقييم (evaluation) الوضعية ، في حين يكمن دور الثاني ، أي التقدير الثانوي في تقييم نتائج القيام بالفعل أو نتائج ردود الأفعال التي يصدرها الفرد ، للتقليل أو التخفيف من حجم الخطر أو التهديد. و يتوقف التقدير الثانوي بدرجة أساسية على محتوى أو مضمون التقدير الأولي ، كما أن التقدير الثانوي ، هو أيضا وثيق الارتباط باستراتيجيات المقاومة المستعملة من طرف الفرد.

و في عملية المقاومة (ودائما حسب النموذج المعرفي) ، يمكننا أن نلاحظ أن الفرد حينما يكون في مواجهة وضعية الضغط ، يمكن أن تكون له ردود أفعال مباشرة (direct actions) ، كما يمكن أن يبدي استجابة مخففة (palliative action) ، إذ يحاول الفرد في الحالة الأولى أن يبدي ردة فعل واضحة و بشكل مباشر، حول الوضعية مصدر الضغط ، فيعمد إما إلى المواجهة ، واما إلى تجنب عنصر الخطر أو التهديد، و غالبا ما تكون المواجهة هي الأكثر استعمالا.

أما في الحالة الثانية من ميكانيزمات المقاومة في التعامل مع الضغط ، فإن الفرد يلجأ إليها عندما يعتقد بعدم جدوى الدخول في الفعل مباشرة أو التصرف المباشر (direct action) مع الوضعية ، فيفضل في هذه الحالة اللجوء إلى وسائل دفاعية تهديئية لتخفيض شدة الضغط ، كتعاطي الكحول و المهدئات ، أو ممارسة التمارين الإسترخائية . و لهذا يكون هذا النوع من ميكانيزمات المقاومة ، موجه للتخفيف من الإضطرابات الإنفعالية و الحركية و الفيزيولوجية التي يسببها الضغط ، (in Bakal,1979.p.88-89) "

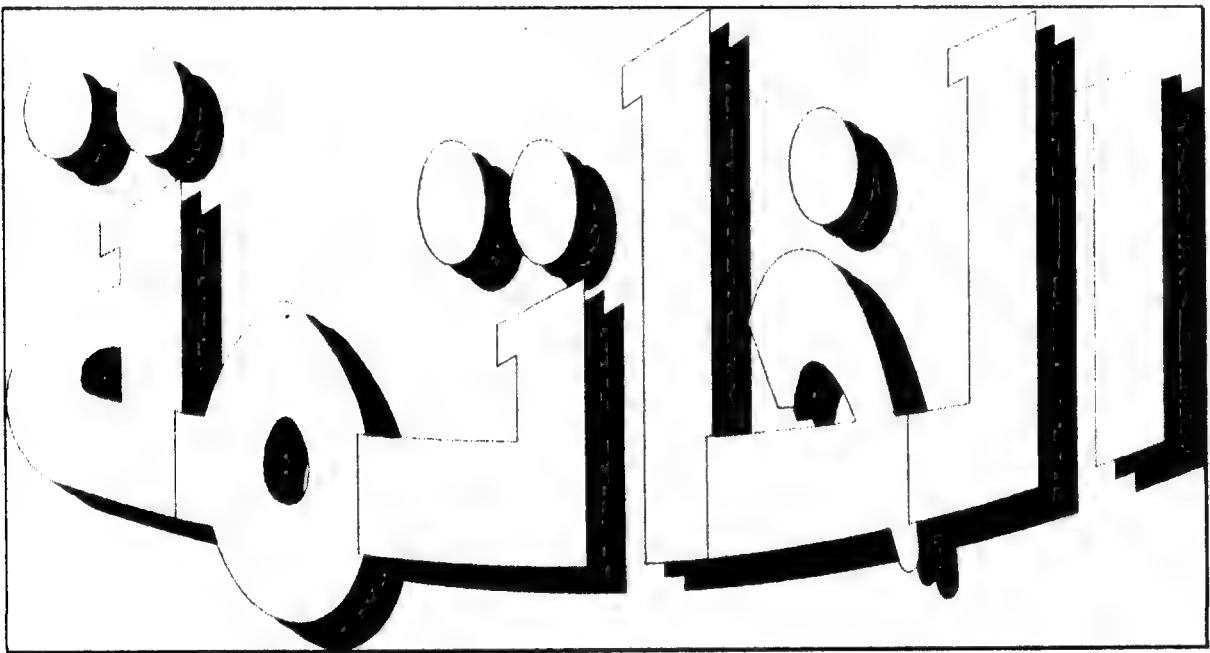
و في ختام المناقشة العامة لنتائج هذا البحث ، ندرج شكلا تخطيطيا (شكل (2)) لعمل كل من الضغط و التقدير و المقاومة ، بهدف الوصول إلى حالة التوازن النفسي الاجتماعي مع وضعية المرض ، و ذلك من خلال ما توصلنا إليه من نتائج في هذه الدراسة المطبقة على عينة من المصابين بداء السكري ، في حدود النظرية المعرفية للضغط و المقاومة لـ (Lazarus) ،



- شكل رقم (2) -

( مخطط تمثيلي لعمل الضغط السيكولوجي ، التقدير المعرفي ، و المقاومة وفقا لنتائج البحث . )

نستطيع من خلال الشكل (2) ، أن نستدل على أهمية مضمون (context) التقدير المعرفي حول وضعية الضغط الناتجة عن الإصابة بالسكري ، في استعمال استراتيجيات نوعية (specific) تركز إما على الإنفعال (emotion-focused strategies) ، وإما على المشكل و حل المشكل (problem and problem-solving-focused strategies) ، و كيف أن استعمال نوع معين من الإستراتيجيات في عملية المقاومة (الإستراتيجيات التي تركز على المشكل) ، يؤدي إلى حالة التوافق السيكولوجي مع وضعية المرض ، و منه إلى التخفيف في درجة الضغط السيكولوجي ، في حين لا نرى فعالية نوع آخر من الإستراتيجيات ( وهي التي تركز على الإنفعال) في التوصل إلى حالة التوافق السيكولوجي مع المرض ، و بالتالي عدم فعاليتها في تخفيف حدة الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بذلك المرض المتمثل في السكري.



## الختامة

من خلال مراجعة نتائج البحث ، تظهر لنا أهمية الدور الذي تلعبه عملية التقدير الخاصة بالضغط (stressful appraisal) في علاقتها مع عملية المقاومة "كسلوك يحتل موقعا وسطيا في عملية التوافق السيكولوجي" مع المرض المزمن عامة (cohen and lazarus,1979) و مع السكري خاصة (Moos, 1982) ،

كما تكشف لنا نتائج هذا البحث أيضا ، كيف أن التقديرات البديلة (alternative appraisals) التي تتم من خلال عملية إعادة التقدير (reappraisal) و كيف أن الإستراتيجيات التي تركز على المشكل (problem-focused strategies) في عملية المقاومة ، يمكنها أن تقود إلى التخفيض من مستوى الضغط السيكولوجي الذي ينشأ من الإصابة بمرض السكري ، و بالتالي توفير طريقة أكثر ملائمة للتوافق السيكولوجي مع وضعية المرض.

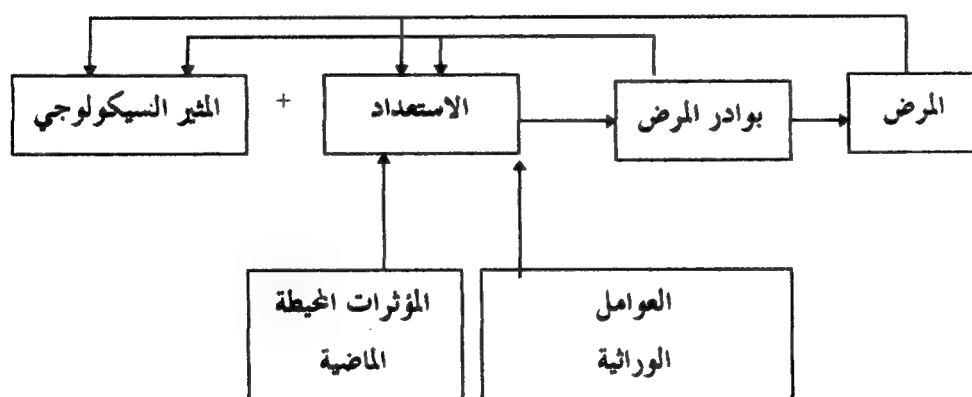
كما تكشف لنا نتائج هذا البحث أيضا، عن فعالية النموذج العلاجي المسمى بنموذج حل المشكل (problem-solving model) في توفير توافق سيكولوجي (psychological adjustment) للمرضى السكري مع مرضهم ، و ذلك بتركيزه على الحث على استعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل وحله ، بدرجة أكبر من استعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في عملية المقاومة ، و بتأكيد على دور الشعور بفعالية الذات (self-efficacy) ، و دور تقدير الذات (self-esteem) في تخفيف حدة الضغط السيكولوجي الذي ينشأ عن وضعية الإصابة بالسكري ، و هو الهدف الذي صمم من أجله هذا البحث.

و عليه ، فإن تقديم علاج سلوكي معرفي ، "كنموذج حل المشكل" مثلا ، يمكن أن يكون بمثابة طرف مفيد في خطة العلاج الخاصة بمرض السكري خاصة ، و بالمرض المزمن عامة ، و ذلك بالموازاة مع العلاج الطبي الكيميائي . لأن هذا الأمر ، يساهم حسب اعتقادنا في تقديم كفاءة شاملة (علمية و سيكولوجية ) للمصابين بالمرض المزمن. و يمكننا أن نستدل على أهمية تقديم كفاءة طبية شاملة ،



للمصابين بالمرض المزمن إذا ما استرجعنا التناول المسمى بنموذج (الإستعداد - الضغط) في تناول المرض (Diathesis-stress model of illness) . الذي يرى بأن " التناول البيوطبي للمرض (the biomedical model of illness) الذي يقوم على الوسائل التكنولوجية الحديثة ، لم يعد كاف لفهم معظم المشاكل الصحية التي يتعرض لها الأفراد ، و لهذا فإن تصور (نموذج الإستعداد-الضغط) للمرض هو تصور مرتبط بالمحيط الذي يعيش فيه الفرد و بنمط حياته أو أسلوب معيشته (patient's environment and life style) ،

لقد قدم هذا النموذج ، بهدف الكشف عن العلاقة الموجودة بين الضغط النفسي و بين الإضطرابات الصحية ، و منه ، الكشف عن التفاعل (interaction) الموجود بين الضغط النفسي و المتغيرات الفيزيولوجية (psychological stress and physiological variables) . فهو بذلك إذن لا ينفي أهمية المتغيرات ذات المكونات الطبية ، بل يؤكد على وجود علاقة تفاعلية معقدة بين هذه المتغيرات و بين المتغيرات المحيطية و النفسية . و يمكننا تصور هذه العلاقة التفاعلية ، من خلال الشكل التمثيلي الذي يقدمه هذا النموذج :



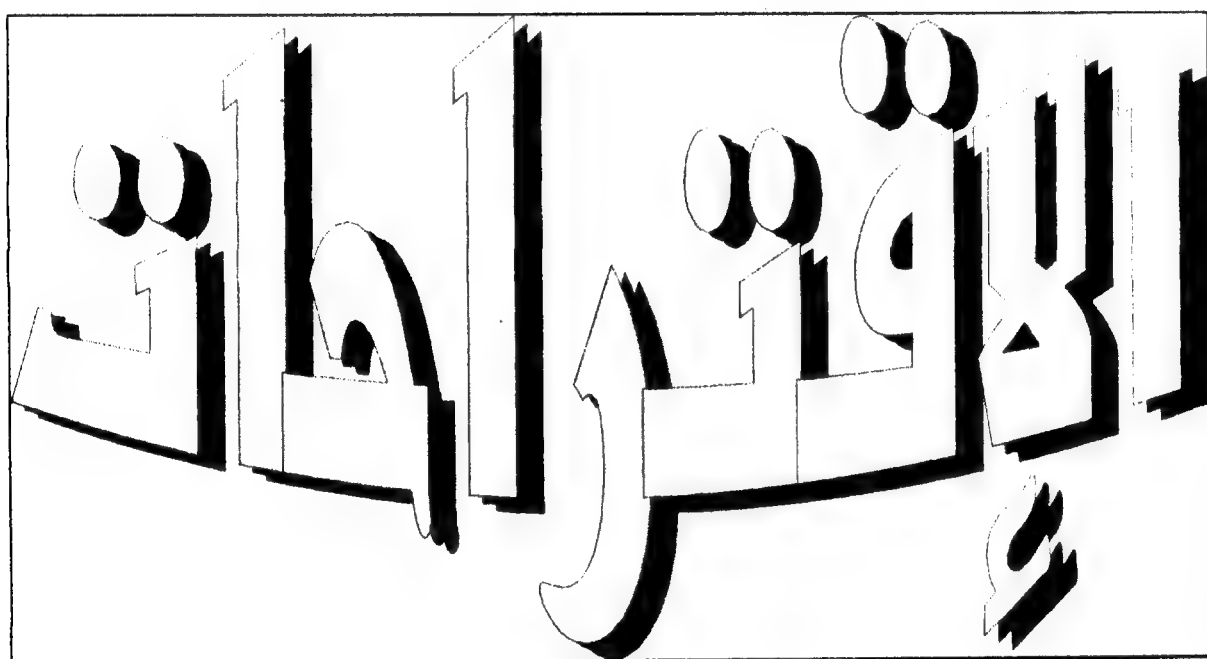
-شكل رقم (3) -

رسم تخطيطي لنموذج ( الاستعداد - الضغط) للمرض

( from levi, 1974. In Gunderson , E.K, & R.H Rahe (EDS), Life Stress and illness , 1974) . Courtesy of Charles C Thomas, Publisher , Springfield, Illinois .

إذ بوجود الإستعداد الفيزيولوجي و المثير السيكولوجي ، يمكن للفرد أن يبدى مجموعة من ردود الأفعال الفيزيولوجية و السيكولوجية ، كما يمكن لردود الأفعال هذه أن تتطور إلى بوادر تدل على وجود المرض أو إلى أسباب لذلك المرض . و كما يدل عليه الشكل (3) ، فإن المرور إلى حالة المرض (كنتيجة) لا يكون بالضرورة عبر عامل واحد ، و لكن ذلك يتم عن طريق نظام تتجمع فيه العوامل و المتغيرات في إطار تفاعلات مستمرة فيما بينها . فظهور المرض إذن يكون حسب مجموعة معقدة من العوامل الأخرى باستثناء العوامل الفيزيولوجية و العوامل الإجتماعية (psychological and social factors) .

و بهذا فإن هذا النموذج (الإستعداد-الضغط) ، يفتح عدة أبواب لفهم المرض و تفسيره و يؤكد على فكرة أن القابلية الفيزيولوجية للإصابة بالمرض ، ليست كافية وحدها ، لشرح أو تفسير المرض ، على الرغم من ضرورة وجودها . (Bakal,1979,p.73-75) ."



## الإقتراحات

في ختام هذا البحث الذي يدور حول الضغط النفسي الناجم عن الإصابة بمرض السكري ، وأهمية التقدير المعرفي (cognitive appraisal) في توجيه عمل المقاومة (coping) ضد ذلك الضغط، يمكننا أن نخرج بمجموعة من الإقتراحات نقدمها للباحثين و الطلبة في ميدان علم النفس الإكلينيكي ، قصد إثرائها ، أو استثمارها كأفكار و منطلقات أساسية ، لبحوث مستقبلية في هذا المجال . ذلك لأن النتائج التي توصلنا إليها من خلال بحثنا هذا ، تفتح أمامنا أبوابا مختلفة للدراسة ، و البحث ، كما تبرز لنا أهمية المتغيرات النفسية ، و وزنها في تناول المرض العضوي المزمن ، و تحثنا على تناول كل متغير منها على حدة في علاقته ، بمسار المرض العضوي المزمن.

فإذا كنا قد تناولنا في هذا البحث كل من متغيري ، المقاومة و التقدير المعرفي في معالجة الضغط النفسي الناتج عن الإصابة بالسكري ، فإنه يمكن لدراسات أخرى أن تضيف أو تدرج عامل الدعم الأسري (parental support) مثلا ، إلى جانب المتغيرين الأساسيين (التقدير المعرفي و المقاومة) .

و إذا كنا قد أقمنا هذه الدراسة على فئة الراشدين ، فإننا نقترح أن يقام مثل هذا البحث ، على فئة الأطفال ، لمعرفة منعكسات الإصابة بالسكري على النمو المعرفي (cognitive developpement) ومن خلال النتائج التي توصلنا إليها في هذا البحث ، يمكن أيضا ، القيام بدراسة أخرى ، انطلاقا من أنواع الإستراتيجيات المستعملة لدى المصابين بالسكري في عملية المقاومة ضد الضغط ، للبحث عن العلاقة الموجودة بين استعمال نوع معين من الإستراتيجيات و بين تنظيم نسبة السكر في الدم أو ما يسمى بعملية مراقبة الأيض (metabolic control) .

# المرآة

# قائمة المراجع بالإنجليزية

- Anderson, C.R. (1977). Locus of control, coping behaviors, and performance in a stress setting : A longitudinal study. *Journal of Applied psychology* , 62,446-451.
- Andreasen, N.J.C., Noyes, R., Jr.,& Hartford, C.E. (1972) . Factors influencing adjustment of burn patients during hospitalization. *Psychosomatic Medicine* , 34, 517-525
- Antonovsky, A. (1979).*Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey - Bass.
- Archer, R.P.(1979). Relationships between locus of control , trait anxiety, and state anxiety : An interactionist perspective . *J.of personality*, 47,305-316
- Arnold, M.B.. (1960). *Emotion and personality* (2 vols.). New York : Colombia University Press.
- Arnold, M.B. (Ed). (1970) *Feelings and emotion* . New York : Academic Press.
- Armstrong N .(1987). Coping with diabetis mellitus , a full-time job. *Nursing clinics of North America* , 22(3), 559-568
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress . *Psychological Bulletin* , 80, 286-303
- Badia, P.; Cullbertson , S. (1970). Behavioral effects of signalled vs. Unsignalled shock during escape training in the rat . *J. Of Comparative and physiological psychology* ,72 (216)
- Bakal, D.A. (1979) . *Psychology and medicine*. Tavistock publications limited . London.
- Bandura , A. (1969)*Principles of behavior modification* . New York : Holt , Rinehart & Winston.
- Bandura, A. (1977). Self - efficacy : Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84,191-215

- Barber , T.X., & Coules , J. (1959). Electrical skin conductance and galvanic skin response during hypnosis . *International . J. Of Experimental Hypnosis* , 7, 79-92
- Barefoot, J.C., Dahlstrom, W.G. , & Williams , R.B .(1983). Hostility , CHD incidence , and total mortality : A 25-year follow - up study of 25 physicians . *Psychosomatic Medicine* , 45, 59-63
- Beck, A.T. (1967). *Depression : Clinical , experimental and theoretical aspects* . New York . Harper & Row.
- Beck, A.T.. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders* . New York : International Universities press.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B F., & Emery , G. (1979). *Cognitive therapy of depression* . New York.
- Bennett, D.H., & Holmes , D.S. (1975) . Influence of denial (situational redefinition) and projection on anxiety associated with threat to self-esteem. *J. Of personality and social psychology* , 32, 915-921
- Bulman , R.J., & Wortman, C.B.(1977). Attributions of blame and coping in the "Real World": Service accident victims react to their lot. *J. Of personality and social psychology* , 35, 351-363.
- Bloom, L.J., Houston, B.H., Holmes, D.S., & Burish, T.G. (1977). The effectiveness of attentional diversion and situational redefinition for reducing stress due to a nonambiguous threat. *J. of research in personality* , 11, 83-94.
- Breznitz, S. (1971). A study of worrying . *British Journal Of social and clinical psychology* , 10, 271-279.
- Cannon , W.B. (1932). *The wisdom Of the body* . New York : Norton (2<sup>nd</sup> ed., 1936).
- Chaney , E.F., O'Leary, M.R., & Marlatt, G.A. (1978) . Skill training with alcoholics . *J. of Consulting and clinical psychology* 46, 1092-1104.



- Cohen, S., Kamarak , T., Mermelstein , R. (1983). A global measure C perceived stress . J of Health and social behavior , 24, 385-396.
- Cohen, F., & Lazarus, R.S. (1979). Coping with the stresses of illness . I G.C. Stone , F. Cohen ,& N.E. Adler (Eds.). Health psychology A handbook - SAN Francisco : Jossey - Bass.
- Cohen, S., Wills , T.A.(1985). Stress , social Support , and the bufferin hypothesis. Psychological Bulletin, 98,310-357.
- Davis, F. (1960).Incertainity in medical prognosis , clinical and functional The American Journal of Sociology, 66, 41-47.
- Davison, G.C. (1968). Systematic desensitization as a counter conditionin process. Journal of Abnormal psychology, 73, 91-99.
- Diamond, E.L. (1982). The role of anger and hostility in essential hypertensio and coronary heart disease. Psychological Bulletin, 92, 410-433.
- Dimsdale, J.E. (1974). The coping behavior Of NAZI concentration cam survivors. American Journal of psychiatry , 131, 792-797.
- D'Zurilla , T.J. , & Goldfried , M.R. (1971). Problem-solving and behavior modification . Journal. Of Abnormal Psychology, 78, 107-126.
- D'Zurilla , T.J., & Nezu, A. (1980). A study of the generation of alternative process in social problem solving - congnetive therapy and researc , 4, 67-72.
- D'Zurilla , T.J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving in adults . In P. Kendall (Ed.) . Advances in congnetive - behavioral research an therapy (vol. 1).New York : Academic Press.
- Elliot , G.R ., & Eisdorfer , C.(1982). Stress and human health. New York Springer .
- Ellis , A. (1962). Reason and emotion in psychotherapy . New York : Lyl Stuart.

- Ellis , A. (1977). Psychotherapy and the value of a human being . In A. Ellis & Grieger (Eds.) . Handbook of rational -emotive therapy , 99-112.. New York.
- Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy . In Cossimi (Ed.) . Current psychotherapies (3 rd ed.), 196-238. Itasca , IL : F.E.. Peacock.
- Ellis , A. , & Bernard , M.E. (1983). An overview Of rational - emotive approaches to the problem of childhood . In. A Ellis &M.E.. Bernard (Eds.). Rational-emotive approaches to the problem of Childhood, 3-43., New York.
- Epstein, S., & Roupelian , A. (1970). Heart rate and skin conductance during experimentally induced anxiety : The effect of uncertainty about receiving a noxious stimulus . Journal. of Personality and Social psychology , 16,20-28.
- Farberows , N.L. (1980). Indirect self - destructive behavior in diabetics and Buerger's disease patients . In N.L. Farberows (Ed.) . The many faces of suicide : Indirect self - destructive behavior . New York : Mc Graw - Hill.
- Felton, B.J., Revenson, T.A., & Hinrichsen , G.A.(1984).Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults . Sociology , Sciences and Medicine (vol.18). No .10, 889-898.
- Fiore, N .(1979) Fighting cancer : one patient's perspective , New Egland . Journal Of. Medicine , 300, 284-289.
- Folkins, C.H., Lawson, K.D., Opton, E.M., & Lazarus , R.S. (1968). Desentisization and the experimental reduction Of threat . Journal Of Abnormal psychology , 73, 100-113.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes : A theoretical analysis . Journal of personality and social psychology, 46, 839-852.
- Folkman, S. & Lazarus, R.S. (1980). An analysis Of coping in a middleaged community sample . Journal of Health and social behavior, 21, 219-239.

- Folkman, S., Schaefer, C., & Lazarus, R.S. (1979) Cognitive processes as mediators of stress and coping : In V. Hamilton & D.M. Warburton (Eds.). Human stress and cognition : An information - processing approach. London : Wiley.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R.J. (1986) . Dynamics of a stressful encounter : Cognitive appraisal, Coping, and encounter outcome . Journal Of Personality and social psychology, 30 (5), 92-103.
- Fritz, C.E., & Mateson, J.H. (1957). Convergence behavior in disasters : A problem in social control . Washington, DC : Council, Disaster Study No 9.
- Goldfried, M.R. (1979). Anxiety reduction through cognitive - behavioral intervention . In P.C. Kendall & S.D. Hollon (Eds.) .Cognitive - behavioral interventions : Therapy, Research and Procedures . New York : Academic press.
- Goldfried, M.R., & Sobocinski, D. (1975) . Effect of irrational beliefs on emotional arousal. Journal Of Consulting and clinical psychology, 43, 504-510.
- Grinker, R.R., & Spiegel, J.P. (1945). Men under stress . New York : Mc Graw-Hill.
- Groner - Frederick, L.A., Carter, W.R., Cox, D.J., Clarke, W.L (1990). Environmental stress and blood glucose change in insulin dependent diabetes mellitus . Health psychology, 9, 503-515.
- Gunderson, E.K., & Rahe, R.H. (1974). Life stress and illness . In E.K. Gunderson, & R.H. Rahe (Eds.) . New York.
- Halford, W.K., Cuddihy, S., & Mortimer, R.H (1990). Psychological stress and blood glucose regulation in type I diabetic patients . Health psychology, 9, 516-528.
- Hamburg, D.A., Hamburg, B., & de Goza, S. (1953). Adaptive problems and mechanisms in severely burned patients . Psychiatry, 16, 1-20.

- Hamburg, D.A., & Adams, J.E. (1967). A perspective on coping behavior : Seeking and utilizing information in major transitions . Archives of general psychiatry , 17, 277-284.
- Hansen, J.C., Stevie, R.R., & Warner, R.W., Jr. (1982). Counseling, theory and process (3<sup>rd</sup> ed.) . In . Allyn and Bacon (Eds.) . Boston .
- Hinkle, L.E., Jr. (1977). The concept Of "stress" in the biological and social sciences. In Z.J. Lipowski, D.R. Lipsitt, & P.C. Whybrow (Eds.) . Psychosomatic medicine : Current trends and clinical implications . New York : Oxford University press.
- Holmes, D.S., & Houston, B.K. (1974). Effectiveness Of situational redefinition and affective isolation in coping with stress . Journal of personality and social psychology , 29, 212-218.
- Hudson, W.W. (1982). Index of self - esteem . In .the Clinical measurement package : A field manual . Chicago .
- Hussian, R.A., & Lawrence, P.S. (1981). Social reinforcement Of activity and problem solving training in the treatment of depressed institutionalized elderly patients . Cognitive therapy and research , 5, 57-69.
- Jacobson, A.M., Lawrence, I.R., & Hausser, S.H. (1985). Psychological stress and glycemic control : a comparison Of patients with and without proliferative diabetic retinopathy . Psychosomatic Medicine , 47. (4), 372-381.
- Janis, I. L. (1951) . Air war and emotional stress . New York : Mc Graw - Hill .
- Janis, I.L. (1974). Vigilance and decision - making in personal crises . In G.V. Coelho, D.A. Hamburg, & J.E. Adams (Eds.) . Coping and adaptation . New York : Basic books .
- Janis, I.L., & Mann, L. (1977). Decision - making . New York : The Free press.

- Kahn , R.L. , Wolfe, D.M., Quinn , R.P. , Snock, J.D., & Rosenthal , R.A. (1969). *Organizational stress : Studies in role conflict and ambiguity* . New York : Wiley.
- Kanner , A.D., Coyne , J.C., Schaefer , C., & Lazarus, R.S., (1981). Comparisons Of two modes of stress measurements : Daily hassles and uplifts versus major life events . *Journal Of Behavioral Medicine* , 4, 1-39.
- Kartz , J.J., Weiner, H., Gallagher, T.G., & Hellman , L. (1970). Stress , distress, and ego defenses , *Archieves of general psychiatry* , 23, 131-142.
- Kasl, S.V. (1984). Stress and health, *Annual Reviwes publication on Health*, 5, 319-341.
- Kelly, G.A. (1955). *Tthe psychology of personal constructs* .(vol.1). New York : Norton.
- King, G.A., & Sorrentino , R.M . (1983). Psychological dimension of goal-oriented interpersonal situations . *Journal of personality and social psychology* , 44, 140-162.
- Kinsman, R.A., Dirks , J.F , Jones , N.F., & Dahlem , N.W. (1980). Anxiety reduction in asthma : Four catches to general application . *Psychosomatic Medicine* , 42, 397-405.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives , *Psychological Review* , 82, 1-25.
- Koriat, A., Melkman, R ., Averill , J.R., & Lazarus, R.S . (1972). The self - control of emotional reactions to a stressful film . *Journal of Personality* , 40, 601-619.
- Küber-Ross, E. (1969). *On death and dying* . New York : Mac Millan .
- La porte , R.E., & Tajima , N. (1985) . Prevalence of insulin - dependent diabetes . In *Diabetes in America* (NIH publication N° 85-,1468, 1-8). Washington, DC : U.S . Department of Health and Human Services .

- Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans . *Journal Geront* , 33.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process* . New York : Mc Graw - Hill.
- Lazarus, R.S. (1968). Emotions and adaptation : Conceptual and empirical relations . In W.J . Arnold (Ed.) . *Nebraska Symposium on motivation* - Lincoln : University Of Nebraska press.
- Lazarus, A.A., (1971). *Behavior therapy and beyond* . New York : Mc Graw - Hill.
- Lazarus, R.S., (1981). The stress and coping paradigm . In *Models for clinical psychopathology* . Eisdorfer , C, et al. (Eds.) . New York. 177-214.
- Lazarus , R.S. (1982). Thoughts on the relations between emotion and cognition . *American Psychologist* , 37, 1019-1024.
- Lazarus, R.S ., & Alfert , E. (1964). The short - circuiting of threat . *Journal of Abnormal and social Psychology* , 69, 195-205.
- Lazarus, R.S., Averill, J.R., & Opton , E.M.,Jr . (1970). Toward a cognitive theory of emotions . In M .Arnold (Ed.) . *Feeling and emotions* . New York : Academic press.
- Lazarus, R.S., Folkman , S. (1984). *Stress , Appraisal, and coping* . Springer Publishing company . New York.
- Levenson, R.W., Sher, K.J., Grossman, L.M., Newman, J., & Newlin , D. B. (1980). Alcohol and stress response dampening : Pharmacological effects, expectancy , and tension reduction . *Journal Of Abnormal psychology* , 89, 528-538.
- Levine , S., & Scotch , N.A. (1970). *Social stress* . Chicago : Aldine .
- Levien , S., Weinberg , J. , & Ursin, H. ( 1978). Definition of the coping process and statement of the problem . In H. Ursin , E. Baade , & S. Levine (Es.). *Psychobiology of stress : A study of coping men* . New York : Academic press.

- Lignowska, I . (1989). The impact of environmental factors upon patients attitudes and behaviors : A Sociological study from Poland . In. Sociology , Sciences , and Medicine . (vol.29) N° 5, 681.
- Loevinger,J. (1976). Ego developpement . San Francisco : Jossey - Bass.
- London, P. (1964). The modes and morals of psychotherapy . NewYork.
- Long, J.M. , Lynch , J.J., Machiran, N.M., THomas , S.A. , & Malinow , K.L. (1982). The effect of status of blood pressure during verbal communication . Journal Of Behavioral Medicine , 5, 165-972.
- Lumsden, D.P. (1981). Is the concept of «stress» of any use , anymore ? In D. Randall (Ed.) . Contributions to primary prevention in mental health : Working papers . Toronto national office of the Canadian Mental Health Association . Toronto.
- Mages, N.L., & Mendelsohn , G.A. (1979). Effects of cancer on patient's lives : A personological approach . In G.C. Stone , F. Cohen, & N.E. Adler (Eds.). Health psychology : A Handbook . San Francisco : Jossey-Bass.
- Masson, J.W. (1975). A Historical view of the stress field . Journal of Human Stress, 1. (part I and II) , 6-12, 22-36.
- Mc Grath, J.E. (1970). Social and psychological factors in stress . New York : Holt , Rinehart & Winston.
- Mechanic , D. (1962). Students under stress : A study in the social psychology of adaptation . New York. The free press.
- Mechanic, D. (1974). Social structure and personal adaptation : some neglected dimensions . In G.V. Coelho, D.A. Hamburg , & J.E. Adams (Eds.). Coping and adaptation . New York : Basic Books.
- Miller , S.M. (1979). Controllability and human stress : Method , evidence, and theory . Behavioral research and theory , 17, 287-304.

- Miller, N.E. (1980). A perspective on the effects of stress and coping on disease and health . In S. Levine & H. Ursin (Eds.) . Coping and Health . New York : Plenum.
- Mischel , W. (1968). Personality and assesement . New York.
- Moos, R.H. (1977). Coping with physical illness. New York :Plenum.
- Moos, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In T. Millon , C. Green . & R. Meagher (Eds.) . Handbook of clinical health psychology . 129-151. New York.
- Nezu, A., & D’Zurilla , T.J. (1979). An experimental evaluation of the decision making process in social problem - solving , Cognitive theory and research , 3, 269-277.
- Nezu, A. , & D’Zurilla , T.J . (1981a). Effects of problem definition and Formulation on decision making in the social problem - solving process . Behavior therapy , 12, 100-106.
- Nezu, A., & D’Zurilla , T.J . (1981b). Effects of problem definition and formulation on the generation of alternatives in the social problem-solving process . Cognitive Therapy and research , 5, 265-271.
- Palmore, E., & Luikart, C. (1972). Health and social factors related to life satisfaction . Journal of Health and Social behavior, 13, 68.
- Pearlin , L., & Schooler, C. (1978). The structure of coping . Journal of Health and social behavior, 19, 2.
- Peyrot , M.F., & Mc Murry , J.F. (1992). Stress buffering and glycemic control : the role of coping styles . Diabets care , 15 (7), 842-845.
- Pollock, S.E. (1984). The stress response . Critical care quarterly , 6(4), 1-14.
- Pollock, S.E. (1989). Adaptive responses to diabetes mellitus . Westen Journal of Nursing research , 11 (3).265-280.



- Rosenbaum, M. (1980). Individual differences in self - control behaviors and tolerance of pain ful stimulation . Journal Of Abnormal psychology , 89, 581-590.
- Rotter , J.B. ( 1954). Social learning for and clinical psychology. Englewood cliffs . NJ : prentice -Hall .
- Rotter,j.B.(1966). Generalized expectancies for internal versus ,external control of reinforcement . Psychological Monographs : General and Applied , 80 ( Whole N 609 ) .
- Rotetr, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement . Journal of Consulting and clinical psychology, 43, 56-67.
- Roy, C . ( 1984). Introduction to nursing : An adaptation model (2nd ed.). Englewood Cliffs , N.J : Prentice Hall.
- Rush, A.J. , Beck, A.T., Kovacs, M., & Hollon, S.D. (1977). Comparative efficacy of cognetive therapy and pharmacotherpay in the treatement of depressed out patients . Cognetive therapy and research, 1, 17-37.
- Schaefer , C., Coyne, J.C., & Lazarus, R.S. (1982). The Health - related functions of social support . Journal Of Behavioral Medicine , 4, 381-406.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by divese nocuous agents . Nature , 138, 32.
- Selye, H. (1946). The General adaptation syndrome and the disease of adaptation . Journal of Clinical Endocrinology , 6, 117-230.
- Seyle, H. ( 1956). The stress of life (rev . ed.). New York : Mc Graw - Hill.
- Shannon , I.L. , & Isbell , G.M. (1963). Stress in denial patients : Effect of local anesthetic procedures . Technical Reporst N° SAM-TDR -63-29, USA F School of Acrospace Medicine . Brooks Air Force Base . Texas.

- Shapiro, D. (1965). *Neurotic Styles*. New York : Basic Books .
- Shekelle, R.B., Gale , M., Ostfeld , A.M., & Ogelsby, P. (1983). Hostility, risk of coronary heart disease, and mortality. *psychosomatic Medicine*, 45, 109-114.
- Sher, K. L., & Levenson, R. W. (1982). Risk of alcoholism and individual differences in the stress-reponse - dampening effect of alcohol . *Journal of abnormal psychology*, 91 350-367.
- Sherer, M., Maddox, J.E., Mercandante, B., prentice-Dum, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self - Efficacy Scale : Construction and validation. *Psychological reports*, 51, 633-671.
- Skeet, M. (1970). *Home from Hospital : The result of a survey Conducted Among Recently Discharged Hospital patients*. The Dan Mason Nursing research Committee of the national Florence Nightingale Memorial Committe of Great Britain and Northen Ireland . London.
- Slonska, Z. (1986). The impact of environmental factors upon the attitudes and behaviors of diabetic patients. A sociological study of a cronic disease. *Institute of philosophy and sociology . Warsow. poland*.
- Speisman, J.C., Lazarus, R. S. , Mordkoff, A. M., & Davison, L.A. (1964).  
Experimental analysis of a film used as a threatening stimulus. *Journal of consulting psychology*, 28,23-33.
- Strauss, A. L., Corbin, J., Fagerhaugh, S., Glaser , B. G., Maines, D., Suczek, B. et al. (1984). *Chronic illness and the quality of life* (2nd ed.). C.V. Mosby . St lowis.
- Strickland, B. R. (1978). Internal-external expectancies and Health - related behaviors. *Journal of Consulting and clinical psychology*, 46, 1192-1211.
- Surwit, R.S., Feinglos, M.N., & Scovern, A.W.(1983). Diabetes and behavior. *American psychologist*, 38, 255-262.

- Tarnow, J.D., & Silverman, S.W.(1981-1982). The psychophysiologic aspect of stress in juvenil diabetes millutus. *International journal of psychiatry and Medicine*, 11,25-44.
- Ternulf - Nyhlin, R.N.T.(1990). Diabetec patients facing long-term complications : Coping with uncertainty. *Journal of advanced Nursing* , 15, 1021-1029.
- Tompson, S.C.(1981). Will it hurt less if I can Control it ? a complex answer to a simple question. *psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Vaillant, G.E.(1977). *Adaptation to life*. Boston : Little, Brown.
- Visotsky, H.M., Hamburg, D. A., Goss, M.E., & Lebovits, B. Z. (1961). Coping behavior under extrem stress. *Archives of general psychiatry*, 5, 423-448.
- Wachtel, p. L. (1977). *psychoanalysis and behavior therapy : Toward an integration*. New York : Basic Books.
- Wachtel, p. l.(1980). Investigation and its discontents : Some Constraints on progress in psychological research. *Amercan psychologist*, 35, 399-408.
- Walen, S. R., Diguissepe, R., & Wessler, R. L.(1980). *A practitioner's guide to rational-emotive Therapy*. New York.
- Wallace, A. F. C.(1956). *Human behavior in extreme situations : A survery of the literature and suggestions for further research*. Washington, D. C : National Academy of sciences (National research Council, Disaster study N° 1).
- White, R.W.(1974). *Strategies of adaptation : An attempt at systematic description*. In G. V. Coelho, D. A. Hamburg ,& J.E. Adams (Eds). *Coping and adaptation*. New York : Basic Books.
- Williams, B. W., Jr., Haney, T. L., Lee, K. L., YI-Hong Kong , Y. Blumenthal, J. A., Whalen, R. E.(1980). Type A behavior Hostility, and Coronary atherosclerosis. *psychosomatic Medicine* 42, 539-549.

Withey, S. B.(1962). Reactions to uncertain threat. In G. W. Baker D.W. & D.W. chapman (Eds.). *Man Society in disaster*. New York : Basic Books.

Wrubel, J., Benner, P., & Lazarus, R. S.(1981). Social Competance from the perspective of stress and Coping. In J. Wine & syme (Eds.). *Social Competence*. New York : Guilford.

Wulsin, L. R., Jacobson, A. M., & Lawrance, I. R.(1987). Psychosocial aspect of diabetic retinopathy. *Diabetes Care*, 10(3), 367-373.

Zarit, S. H.(1980). *Aging and Mental disorders*. New York.

Zung , W. K.(1971). Self - Rating Anxiety Scale : A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, 371-379.

# قائمة المراجع بالترتيب

Cathebras, p., Rousset, H.(1988). Equisse d'une epistemologie du stress. Medecine psychosomatique, 16, 61-70.

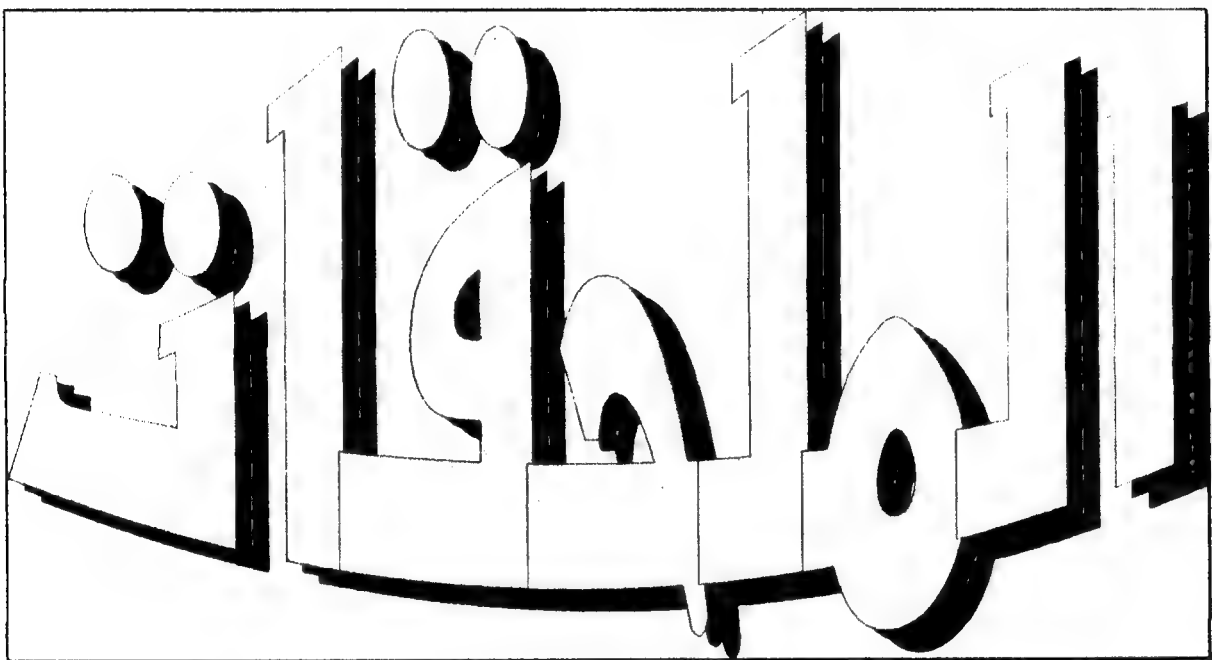
Consoli, S.(1985). Stress, personnalité et Hypertention. Paris.

De Bulter, J.(1985). Pourquoi et Comment Surviennent les maladies psychosomatiques ?. Semiologie, 61, 2579-2582.

Domart, A., Bourneuf, J.(1985). Petit Larousse de la medecine (T : 1). Librairie Larousse - Paris.

Gramboulan, V., Mercuel, A. (1987). Stress et depression. Année psychiatrique, 2, 15-19.

Maurer, M.(1984). Le «Stress», une definition impossible : Selye au Centre de la Controverse. Medecine et Hygiene, 42, 2240-2249.



## **دليل المقابلة العيادية :**

### **\* موقف المريض من مرضه :**

- (1) - ماذا تعني لك الإصابة بمرض السكري ؟
- (2) - هل تشعر بالقلق بسبب إصابتك بمرض السكري ؟
- (3) - هل تتقبل مرضك ؟ (أو هل تتقبل فكرة إصابتك بالسكري ؟)
- (4) - هل يشكل مرض السكري مصدر ضغط نفسي و اجتماعي بالنسبة لك ؟
- (5) - هل غير المرض مجرى حياتك اليومية ؟
- (6) - هل تعتقد أن الإصابة بمرض السكري تشعرك بالعجز في ممارسة أعمالك اليومية ؟

### **\* مرض السكري و الحياة الاجتماعية :**

- (1) - هل يزعجك علم الآخرين بمرضك ؟
- (2) - هل تعتقد بأنك غير مقبول اجتماعيا ؟
- (3) - هل تجد صعوبة في ممارسة نشاطاتك الاجتماعية بسبب إصابتك بمرض السكري ؟
- (4) - هل تظن أن الآخرين يتعاملون معك من زاوية المرض ، و هل يقلقك ذلك ؟
- (5) - هل تفضل أن تقيم علاقاتك الاجتماعية في أوساط المصابين بالسكري ؟
- (6) - هل يشعر مرضك بالعجز في إقامة علاقات اجتماعية ناجحة ؟
- (7) - هل تشعر بالقلق عندما تتحدث عن مرضك أمام الآخرين ؟



## **\*مرض السكري والحياة الزوجية :**

### **أ) المتزوجون :**

- (1) - هل تشعر بانسجام عاطفي بينك و بين الطرف الآخر ؟
- (2) - هل تعتقد أن إصابتك بالسكري تجعل الطرف الآخر يشعر بفتور في مشاعره نحوك ؟
- (3) - هل يؤثر مرضك على حياتك الجنسية ؟ و هل تظن أن هذا التأثير ينعكس على سير حياتك الزوجية ؟

### **ب) - غير المتزوجين :**

- (1) - هل تفكر في الزواج ؟
- (2) - هل تعتقد أن مرض السكري سيكون له تأثير على حياتك الزوجية مستقبلا ؟
- (3) - كيف تتصور حياتك الزوجية ؟

## **\*مرض السكري والحياة العملية ؟**

- (1) - هل تجد صعوبة في ممارسة عملك ؟
- (2) - هل تأخذ مرضك بعين الاعتبار أثناء قيامك بعملك اليومي ؟
- (3) - هل يزعجك أن يكون زملائك في العمل على دراية بمرضك ؟
- (4) - ما موقف زملائك حينما يتعرفون على مرضك ؟ و هل يزعجك موقفهم منه ؟
- (5) - هل تفكر أحيانا في ترك العمل بسبب مرضك ؟
- (6) - هل ينسبك العمل بأنك مصاب بالسكري ؟
- (7) - هل تجد مجالا لتحقيق ذاتك في العمل ؟

## **\*مرض السكري و الحياة النفسية :**

- (1) - هل يجبرك مرضك على التقيد بنظام حياتي معين ، و هل يزعجك ذلك ؟
- (2) - هل تعتقد أنك شخص عاجز ؟
- (3) - هل تشعر بالقلق عندما تفكر في مرضك ؟
- (4) - هل تشعر بأنك غير قادر على أن تكون شخصا فعالا في محيطك ؟
- (5) - هل تعتقد أن كل فشل يصادفك في حياتك اليومية ما هو إلا نتيجة لإصابتك بمرض السكري ؟
- (6) - هل تظن أنه كان بإمكانك أن تكون فعالا أكثر لو لم تكن مصابا بالسكري ؟
- (7) - هل تشعر باليأس عندما تكتشف أن إمكانياتك في أن تكون شخصا فعالا، محدودة في مجال ما يسمح به لك مرضك ؟
- (8) - هل تتخذ من مرضك عذرا تلجأ إليه كلما شعرت بالفشل ، و هل يشعرك هذا الأمر بالراحة النفسية ؟
- (9) - هل تشعر بالراحة النفسية عندما تكون بين المصابين بالسكري ؟
- (10) - هل تنظر إلى الحياة من زاوية المرض ؟
- (11) - هل تؤمن بضرورة التعايش مع المرض ؟ (هل تتقبل وضعية المرض كواقع و كحقيقة لا مفر منها ؟)
- (12) - هل تشعر بالرغبة في تجاوز القيود التي يفرضها عليك المرض ؟
- (13) - هل ترغب في أن تكون أكثر فعالية ؟
- (14) - هل تظن أن نجاحك في تجاوز قيود المرض و ضغوطاته، يمكنك من إيجاد توازن نفسي و اجتماعي مقبول ؟

## سلم التقرير الذاتي للقلق

### (SELF - RATING ANXIETY SCALE 'S.A.S' )

إليك فيما يلي عشرين (20) عبارة . المطلوب منك إعطاء علامة لكل عبارة ، باستخدام سلم التقيط الموالي :

(1) : نادرا أو أبدا

(2) : أحيانا

(3) : كثيرا

(4) : دوما

الرجاء منك وضع العلامة المناسبة أمام كل عبارة

- 
- 1- : أشعر بالعصبية و القلق أكثر من المعتاد .
  - 2- : أشعر بالخوف دون سبب على الإطلاق .
  - 3- : أغتاض بسهولة ، و أشعر أنني مذعور .
  - 4- : أشعر و كأنني سأتحطم .
  - 5- : أشعر أن كل شيء على أحسن ما يرام ، و لا أتوقع حدوث أي شر .
  - 6- : ذراعاي و ساقاي تقشعران و ترجفان .
  - 7- : يزعجني الشعور بالصداع و آلام الرقبة و القفا .
  - 8- : أشعر بالضعف و الوهن و أتعب بسرعة .
  - 9- : أشعر بالهدوء و يمكنني الحفاظ عليه بسهولة .
  - 10- : أستطيع أن أحس بقلبي و هو يخفق بسرعة .
  - 11- : أنزعج لنوبات الدوار .
  - 12- : تصيبني نوبات الإغماء ، و أشعر بها قبل حدوثها .

- 13- : أستطيع أن أتففس بسهولة .
- 14- : يرأودني شعور بالتأدر و الوأز الخفف فف أصابع الرألفن و الفففن .
- 15- : تزأفني آلام المأأة و أسر الهضم .
- 16- : أألبا ما أأس بأأأأة إلى التبول .
- 17- : أألبا ما تكون فءافف أاففن و ءاففن .
- 18- : فأمر و أفف و فزءاء أأارة .
- 19- : أنام بسهولة و لا أنزعأ أثناء النوم .
- 20- : تنأبني الكوابفس .

## معامل تقدير الذات

### (INDEX OF SELF - ESTEEM (I.S.E.))

صمم هذا الإستبيان للوقوف على الكيفية التي ترى بها نفسك . لا يعتبر هذا الإستبيان اختبارا ، و عليه ، لا توجد لا إجابات صحيحة و لا إجابات خاطئة .

- الرجاء منك الإجابة على كل بند (item) بكل إمعان و صدق ، و هذا عن طريق تعيين الرقم المناسب على يمين كل عبارة . وذلك باختيارك لاحدى الاجابات التالية :

(1) : نادرا أو أبدا

(2) : قليلا

(3) : أحيانا

(4) : كثيرا

(5) : دوما

---

1- : أعتقد أن الناس لو عرفوني جيدا لما أحبوني .

2- : أعتقد أن الآخرين أحسن توافقا مني .

3- : أشعر أنني شخص رائع .

4- : عندما أكون مع الآخرين ، ألمس سرورهم بوجودي معهم .

5- : أشعر أن الناس يرغبون فعلا في التحدث معي .

6- : أعتقد أنني كفء جدا .

7- : أعتقد أنني أترك انطباعا جيدا لدى الآخرين .

8- : أشعر بالقلق عندما أكون بمحضر أشخاص غرباء .

9- : أشعر بالحاجة إلى مزيد من الثقة بالنفس .

10- : أشعر أنني شخص غبي أو أحمق .

11- : أعتقد أنني قبيح .

- 12- : أشعر أن الآخرين يمزحون أكثر مني .
- 13- : أشعر أنني أبعث الملل في نفوس الآخرين .
- 14- : أعتقد أن أصدقائي يحسبونني شخصا مهما .
- 15- : أعتقد أنني أتمتع بميزاج مرح .
- 16- : تزداد يقضتي عندما أكون بمحضر أناس غرباء .
- 17- : لو كنت كبقية الناس لنجحت .
- 18- : أعتقد أن حضوري يمتع الآخرين .
- 19- : أشعر أنني محط أنظار الآخرين .
- 20- : أعتقد أنني أطلب المساعدة من الغير أكثر من الآخرين.
- 21- : أعتقد أنني شخص لطيف فعلا .
- 22- : أعتقد أن الناس يحبونني كثيرا .
- 23- : أشعر أنني شخص جدير بحب الآخرين .
- 24- : أخاف أن أبدو أحمقا في نظر الآخرين .
- 25- : أصدقائي يقدرونني كثيرا .

## سلم فعالية الذات

### ( SELF - EFFICACY SCALE (S.E.S))

يدور هذا الاختبار حول مجموعة من العبارات الخاصة بمواقفكم و بمميزاتكم الشخصية . كل عبارة منها تمثل اعتقادا أو فكرة معتادة لديك .

- إقرأ كل عبارة ، و قرر أيا من العبارات تنطبق عليك .

نشير إلى أنه ليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة ، إذ من المحتمل جدا أن تنطبق عليك بعض العبارات و تتفق معها ، و ألا تتفق مع بعض العبارات الأخرى ، أو تعارضها .

- المطلوب منك أن تبين موقفك الشخصي إزاء كل عبارة و ذلك بأن تضع "الحرف" الذي تراه يصف أكثر موقفك أو شعورك ، على يمين كل عبارة .

- نتوقع منك الصدق في إجاباتك ، و هذا عن طريق وصفك لنفسك كما تراها فعلا ، لا كما تحب أن تراها .

(أ) : أعارض بشدة

(ب) : أعارض قليلا أو بعض الشيء

(ج) : لا أعارض و لا أوافق

(د) : أوافق بعض الشيء

(هـ) : أوافق بشدة .

---

1- : أحب أن أزرع النباتات المنزلية .

2- : أنا متأكد من قدرتي في جعل مشاريعي تتحقق .

3- : من بين المشاكل التي تعترضني ، عدم قدرتي على الشروع في العمل عندما يتوجب علي ذلك .

4- : إذا لم أستطع أن أقوم بعمل في المرة الأولى ، تراني أكرر المحاولات حتى بلوغ الهدف .

- 5- : تلعب الوراثة أعظم دور في تحديد شخصية الإنسان .
- 6- : يصعب عليا إيجاد أصدقاء جدد .
- 7- : عندما أسطر لنفسي أهدافا هامة ، فنادرا ما أحققها .
- 8- : أتوقف عن إنجاز المشاريع قبل إتمامها .
- 9- : أحب ممارسة الطبخ .
- 10- : إذا التقيت شخصا كنت أرغب في التعرف عليه ، فسأتوجه إليه (إليها) دونما أنتظره (انتظرها) ليقوم بالخطوة الأولى .
- 11- : أتجنب مواجهة الصعوبات .
- 12- : عندما أحس بصعوبة الشيء و تعقده ، فلا أبالي بمحاولة التجريب .
- 13- : لكل شخص نصيبه من الفضائل .
- 14- : لو إلتقيت شخصا هاما ، من الصعب إقامة علاقة صداقة معه تراني أكف عن محاولة ربح صداقة هذا الشخص.
- 15- : دائما أنهي الاعمال التي كنت قد بدأتها حتى ولو لم أكن أرغب في ذلك .
- 16- : عندما أقرر القيام بعمل فلا أتماطل .
- 17- : أحب العلوم .
- 18- : عندما أكون بصدد تعلم شيء جديد ، فسرعان ما أتخلى عنه إذا لم أفهم منذ البداية .
- 19- : عندما أسعى إلى تكوين علاقة صداقة مع شخص معين لا يبدي اهتمامه بي ،تجدني أواصل المحاولة دون انقطاع .
- 20- : عندما تتناوبني مشاكل طارئة لا أتعامل معها بكيفية جيدة .
- 21- : لو كنت رساما لرسمت الأطفال .
- 22- : أتجنب محاولة تعلم أشياء جديدة ، عندما تبدو لي جد صعبة .
- 23- : الفشل يحثني على بذل المزيد من المجهودات من جديد .
- 24- : لا أحسن ضبط نفسي في المناسبات الإجتماعية .
- 25- : أحب كثيرا ركوب الخيل .



- 26- : لا أثق في قدرتي على أداء الأشياء .
- 27- : أنا شخص كثير الاعتماد على نفسه .
- 28- : أكتسب أصدقائي من خلال قدراتي الخاصة على تكوين الصداقات .
- 29- : لا أشعر بالقدرة الكافية على التعامل مع معظم المشاكل التي ألتقاهما  
في الحياة .

## **اختبار المقاومة أو قائمة طرق المقاومة :**

### **(WAYS COPING CHECKLIST (W.C.C) )**

#### **\* العامل الأول : (الهروب من الحياة اليومية)**

- 1 - تميل الى التفكير في كل ما هو رائج وغير واقعي ،وهو الشيء الذي يبعث فيك الاحساس بالراحة .
- 2 -تغوص في أحلام اليقظة بتخيلك للوضعيات المريحة .
- 3 -لديك رغبة في تغيير الاشياء ،وقدرة على تصور الكيفية التي يمكنك من تغييرها .
- 4 -تتحدث إلى نفسك حول الاشياء والمواضيع التي تبعث فيك مشاعر الارتياح.
- 5 -تتمنى حدوث معجزة بشأن الوضعيات الصعبة التي تصادفك .
- 6 -تحاول إشعار نفسك بإحساس جيد : بالاكل الجيد ،التدخين أو المهدنات.
- 7 -تفضل انتظار ما سيحدث .
- 8 -تحاول نسيان كل شيء يبعث فيك الإحساس بالتوتر والإنفعال .
- 9 -تنام أكثر من العادة .
- 10 -تتمنى أن تكون أقوى وأكثر تفاؤلا .
- 11 -تتمنى تغيير الوضعية التي أنت عليها .
- 12 -تميل إلى الهروب من الوضعية ،وترفض التصدي لها بجدية .
- 13 -تعتقد بأنه مع الوقت ستتغير الأشياء وما عليك إلا الإنتظار .
- 14 -تفكيرك السيء يجعلك دوما في مشاكل .
- 15 -تحاول الابتعاد عن الوضعية بأخذ راحة أو عطلة .
- 16 -ترفض التسليم بالأمر الواقع .
- 17 -تميل إلى الإستهزاء من الوضعية التي تبعث فيك الإحساس بالتوتر .

### **\* العامل الثاني : (التقبلات) :**

- 1 -تميل إلى وضع حل وسط للوضع ، للخروج بأشياء إيجابية .
- 2 -تقبل بالشئ الأفضل لتحقيق ما تريد .
- 3 -تأخذ بالأشياء كلها في مرحلة واحدة وفي نفس الوقت أيضا .
- 4 -تتمتع بروية إيجابية للأشياء .
- 5 -ترفض الإنسياق مع الأحداث ،حتى لا تشغل كل اهتماماتك ، وترفض التفكير الكثير في تلك الأحداث
- 6 -تتجه إلى استعادة نشاطك أو إلى القيام بنشاطات بديلة حتى تشغل عن التفكير في أشياء أخرى .
- 7 -تميل إلى جعل الآخرين يدفعون ثمن الأمر السيء الذي وقع لك .
- 8 -تتقبل تفهم وتعاطف الآخرين معك .
- 9 -تعترف بوجود جوانب إيجابية في الوضع .
- 10 - تتقبل ما سوف يحدث لك .
- 11 -تميل إلى العزلة وتجنب الأشخاص بصفة عامة .
- 12 -تميل إلى المغامرة والمخاطرة .

### **\* العامل الثالث : ( البحث عن المساعدة لمشاكل ظاهرة ):**

- 1 -تعتقد بأن تغيير بعض الأشياء في الوضع قد يكون غير مناسب ،وقد يؤدي إلى تغيير مسار الوضع نفسها .
- 2 -تؤمن بفكرة مسؤولية الفرد في تغييره لأفكاره .
- 3 -تحبذ التحدث مع من يتفهم الوضع أكثر .
- 4 -تحبذ التحدث مع من يستطيع مد يد المساعدة بشكل فعلي .
- 5 -لديك قدرة على الخروج بحلول مختلفة للمشاكل التي تعترضك .
- 6 -تدرك جيدا المطلوب منك ،وتتجه إلى مضاعفة مجهوداتك .
- 7 -تحرص على الحفاظ على المبادئ وتكافح من أجل الحصول على ما تريد .

- 8 -تطلب المساعدة من المختصين وتعمل بما ينصحونك به .
- 9 -تغضب من الأشياء أو من الأشخاص الذين يسببون لك المشاكل .
- 10 -تضع مخططا للعمل ثم تنفذه .
- 11 -تركز على ما ستفعله في المرحلة الموالية .
- 12 -تركز على التجارب الماضية في التخطيط للمستقبل .
- 13 -تطلب رأي إنسان تحترمه ، ثم تتبعه .
- 14 -تعتقد بأن الوقت سيغير الأشياء ، وما عليك إلا الإنتظار .

### **\* العامل الرابع : ( التحفظات ) :**

- 1 -تحاول منع الآخرين من الإطلاع على عيوبك ومساوئك .
- 2 -تحتفظ بأحاسيسك لنفسك .
- 3 -تتميز بعدم النرفزة ، ولديك قدرة على الإحتفاظ بهدوئك .
- 4 -لا تتساق مع الأشياء وترفض التفكير الكثير فيها .
- 5 -تفضل التكلم مع من يستطيع تقديم يد العون .
- 6 -تفضل التكلم مع من يتفهم الوضع جيدا .
- 7 -تطلب رأي شخص تقدره وتحترمه ، وتتبعه .
- 8 -تعبر عن أحاسيسك بطريقة أو بأخرى .
- 9 -لديك شخص معين تطلعه على عواطفك واهتماماتك .

### **\* العامل الخامس ( توبيخ الذات ) :**

- 1 -تميل إلى النقد الذاتي .
- 2 -تشعر بأنك غير قادر على تجنب المشاكل .
- 3 -توبخ نفسك باستمرار .
- 4 -تشعر بأنك المسؤول الأول والأخير عن مشاكلك .
- 5 -تذهب بتفكيرك إلى جوهر المشاكل لتحاول فهمها أكثر .

- 6 -تتمنى أن تكون شخصا قويا متفائلا .
- 7 -تتمنى تغيير ما حدث لك .
- 8 -تتقبل أحاسيسك وانفعالاتك القوية ، ولكنك تفصلها عن الأشياء الأخرى .
- 9 -تتعرف على حقيقة المشكل ، وتتصرف معه ببساطة .

### **\*العامل السادس : (النمو) :**

- 1 -تؤمن بفكرة وجود بعض الحقائق الفعلية والمهمة في الحياة .
- 2 -تعتقد بأنك قادر على أن تتغير وتنمو كفرد عادي .
- 3 -تلجأ إلى القيام بأشياء جديدة تفرضها عليك الوضعية التي أنت عليها .
- 4 -تتجه نحو إعادة اكتشاف جوانب الحياة وفرصها المختلفة .
- 5 -تتمنى أن تبدع وتبتكر شيئا جديدا .
- 6 -تؤمن بأن الوضعية التي أنت عليها هي تجربة بالنسبة لك ، وهي أيضا فرصة تمكنك من التوصل إلى حقائق جديدة ومهمة في الحياة .
- 7 -يمكنك الاستفادة من الأشياء الجزئية الجيدة التي تتفرع من الوضعية ككل .